

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
AMÉLIE SAUCIER

LA SEXUALITÉ PENDANT LA GROSSESSE : OSE-T-ON COMMUNIQUER ?

SEPTEMBRE 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA SEXUALITÉ PENDANT LA GROSSESSE : OSE-T-ON COMMUNIQUER ?

PAR  
AMÉLIE SAUCIER

Carl Lacharité, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Marleen Baker, évaluatrice

Université du Québec à Trois-Rivières

Francine de Montigny, évaluatrice externe

Université du Québec en Outaouais

## *Sommaire*

Lors d'une période spécifique de la vie d'un couple, comme la grossesse, la sexualité est affectée et une adaptation devient nécessaire de la part de chacun des futurs parents pour préserver une bonne satisfaction sexuelle et conjugale. En effet, l'activité sexuelle est influencée par la grossesse, car des changements physiques et émotionnels s'opèrent. De plus, les préoccupations et les changements étant si nombreux, il est possible que la communication fasse défaut. Considérant que la communication tend à favoriser une satisfaction relationnelle au sein du couple de façon générale, pourrait-elle aider à réduire le problème de satisfaction sexuelle et conjugale durant la grossesse? Le but de cet essai est de mieux comprendre l'expérience sexuelle du couple lorsque survient une grossesse, d'une part en recensant les connaissances actuelles portant sur les changements physiques et psychologiques au niveau de la sexualité, d'autre part en mettant en évidence le rôle que joue la communication entre les conjoints face à leur vécu relationnel et sexuel entourant la grossesse. L'essai a mis en évidence que la satisfaction relationnelle et sexuelle était, dans la plupart des cas, diminuée par les changements qu'amène la grossesse au sein du couple. Ensuite, au niveau de la communication, il fut démontré que celle-ci collaborait significativement au bonheur conjugal et que lorsqu'elle était favorisée au niveau de la sexualité chez les couples, ceux-ci voyaient leur satisfaction relationnelle et sexuelle s'améliorer. Malgré que la communication à elle seule ne puisse pas déterminer la satisfaction relationnelle et sexuelle dans le couple au moment de la grossesse, elle est un bon point de départ pour orienter les interventions des professionnels rencontrant les futurs parents.

## *Table des matières*

Sommaire .....	iii
Remerciements .....	v
Introduction .....	1
1. Contexte théorique .....	9
1.1 Présentation des thèmes principaux et définitions .....	10
1.1.1 Couple.....	10
1.1.2 Sexualité .....	13
1.1.3 Communication.....	18
1.1.4 Satisfaction relationnelle .....	25
1.1.5 Grossesse .....	26
1.2 Description des enjeux liant la sexualité, la grossesse et la communication, ainsi que leurs impacts.....	27
1.2.1 Sexualité et grossesse : changements physiques, psychologiques et particularités selon le sexe .....	27
1.2.2 Sexualité et communication .....	54
2. Conclusion.....	64
2.1 Difficultés méthodologiques des études recensées .....	66
2.2 Limite de cet essai .....	69
2.3 Perspectives futures.....	70
2.3.1 Clin d’œil aux professionnels qui suivent des couples pendant la grossesse .....	72
Références .....	73

### *Remerciements*

L'auteure tient à exprimer sa gratitude à son directeur d'essai, monsieur Carl Lacharité, Ph.D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son aide, sa disponibilité et son soutien tout au long de la réalisation de ce travail.

Un remerciement est également adressé à madame Hélène Gaudette, conseillère en documentation à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son aide précieuse en recherche documentaire.

## *Introduction*

Le bien-être de la vie de couple est régi par plusieurs aspects. Chacun de ses aspects peut se voir affecté par des changements liés aux étapes de la vie, à des stress situationnels et toute situation requérant une certaine adaptation. La sphère sexuelle fait partie de ces aspects intégrants de la satisfaction conjugale. Lors d'une période spécifique de la vie d'un couple, comme la grossesse par exemple, la sexualité se verra affectée et une adaptation sera nécessaire de la part de chacun des futurs parents. En effet, l'activité sexuelle est influencée par la grossesse, car des changements physiques et émotionnels s'opèrent (Pastore, Owens & Raymond, 2007). Donc, du côté de l'homme et de la femme, des changements viennent perturber le vécu de la sexualité pouvant la rendre problématique, ou même inexistante. Ce faisant, le couple peut vivre de la frustration, des conflits, voire une séparation (McCarthy, 2002).

À cet égard, notons que la satisfaction sexuelle est un élément important dans la qualité de la relation de couple. Il est, depuis longtemps, admis que les problèmes au niveau de la sexualité ou l'insatisfaction sont fréquemment corrélés avec la séparation ou le divorce (Ammons & Stinnett, 1980; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953). De plus, la grossesse a été considérée par plusieurs auteurs comme une période de crise développementale affectant la relation de couple, requérant beaucoup d'adaptation, tant au niveau physique qu'émotionnel (Fisher & Graym 1988; Shrock, 1985; Bitzer & Alder, 2000; Coleman & Coleman, 1971). Enfin, si on lie à la relation de couple la



variable de la grossesse, l'activité sexuelle peut devenir plus complexe, voire confuse pour le couple (Gray, 1992).

D'autres aspects influencent aussi la satisfaction du couple. La communication, lorsqu'elle est déficiente, peut elle aussi mener à de graves conflits conjugaux, maintenir ceux-ci et diminuer les chances des conjoints d'être satisfaits ensemble. Il est donc possible de se demander si un manque de communication ne pourrait pas être partiellement à l'origine, ou du moins contribuer à maintenir les problèmes conjugaux au niveau de la sexualité pendant la grossesse. Cette période étant particulièrement vulnérable pour le couple, les préoccupations et les changements étant si nombreux (Pacey, 2004; White & Reamy, 1982; Bitzer & Alder, 2000; Fisher & Gray, 1988; DeJudicibus & McCabe, 2002; Shrock, 1985), il est possible que la communication fasse défaut. D'ailleurs, si la communication tend à favoriser une satisfaction relationnelle au sein du couple de façon générale, ne pourrait-elle donc pas aider à réduire le problème de satisfaction sexuelle durant la grossesse?

La plupart des couples ont une compréhension limitée de leur sexualité (Shrock, 1985). Ils ont généralement de la difficulté à aborder leurs désirs sexuels et leurs préférences avec leur partenaire intime à cause d'un manque de connaissances, de peur de déplaire à leur partenaire, etc. (Shrock, 1985). La sexualité comme sujet de discussion au sein du couple est considérée généralement comme embarrassante ou inappropriée, les conjoints n'en parlent donc pas nécessairement avec aisance et authenticité (Shrock,

1985). Ce manque de communication ouverte rend la transmission d'informations plus ardue et amène la sexualité dans des sphères plus imaginaires et fantaisistes (Arlouf & Barglow, 1978). En d'autres mots, les partenaires peu conscients de leur propre sexualité ou de celle de l'autre peuvent avoir de la difficulté à aborder le sujet et laisseront, petit à petit, la sexualité devenir mystérieuse. Cette ignorance rend, à son tour, le sujet d'autant plus embarrassant et peut générer de l'anxiété au sein du couple.

Le vécu d'une grossesse, accompagné de changements physiques et émotionnels, va avoir un impact sur le couple et chacun des partenaires individuellement, sur la satisfaction conjugale et l'expression de la sexualité et de l'intimité. En fait, il est admis que la grossesse interfère sur la sexualité dans le couple (Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000; Judicibus & McCabe, 2002; Masoni & al., 1994; White & Reamy, 1982; Shrock, 1985; Fisher & Gray, 1988). D'ailleurs, un déclin de l'activité sexuelle et de l'intimité est la plupart du temps observé et peut durer des mois après la naissance (Reamy & White; 1982). Il est donc important de considérer ces aspects au moment où les problématiques sexuelles émergent, c'est-à-dire lors de la grossesse, car elles peuvent continuer d'affecter le couple même après la naissance. De plus, des variations sont observées, selon les trimestres et le déroulement de la grossesse, au niveau du désir, de l'intérêt, de la fréquence de l'acte sexuel. Une étude pourrait donc s'intéresser à ses variations, afin d'ainsi mieux saisir les besoins ou problématiques du couple, là où la satisfaction fait défaut.

La plupart des couples ont un suivi avec un médecin ou un gynécologue pendant la grossesse. Les études sur le sujet démontrent qu'il y a un manque réel d'informations données par les médecins aux couples lors de la période périnatale concernant l'activité sexuelle. En effet, Willey (2002) rapporte que les obstétriciens et les gynécologues déclarent accorder peu d'importance et être peu sensibles aux besoins des femmes enceintes quant à leur sexualité. Plusieurs médecins rapportent ne pas se sentir responsables ou ne pas avoir le temps d'aborder les aspects sexuels de la grossesse (Willey, 2002). Alors, considérant que, au Québec, la grande majorité des couples (environ 98 %) ont un suivi de la part d'un médecin, la sexualité s'avère être très rarement abordée (hormis peut-être par les infirmières lors des rencontres prénatales). Ceci implique aussi que malheureusement seulement 2% des femmes accouchent avec une sage-femme et celle-ci a pourtant une approche différente de l'approche médicale, permettant de couvrir les enjeux comme ceux élaborés dans cet essai. En général, le niveau d'informations est donc très limité pour ces couples, qui sont alors sujets à éprouver de l'anxiété et des désordres au niveau de la satisfaction sexuelle (Metz & Epstein, 2002; Carrere & Gottman, 1999; Gottman & Krokoff, 1989). Il est donc très important de répondre à ce manque d'informations et de trouver une façon adaptée d'intervenir, en tant que psychologue, médecin et tout professionnel rencontrant ces couples vivant des difficultés au niveau de leur sexualité, pendant cette période vulnérable qu'est la grossesse.

Enfin, très peu d'études se sont intéressées au thème de la communication au niveau de la sexualité pendant la grossesse et son impact potentiel sur la satisfaction conjugale. Pamela Shrock a réalisé une recherche sur le sujet en 1985 et a été d'une grande aide pour cet essai. Récemment, aucune étude n'a été réalisée sur le sujet, c'est pourquoi la recension de documentation revisitera des études peu récentes. Cet essai a pour objectif d'éclairer les psychologues sur ce thème peu exploré, ainsi que tous les professionnels rencontrant les couples pendant la grossesse.

En effet, considérant la problématique exposée plus haut, nous nous demanderons si favoriser la communication du couple sur leur sexualité, pendant la période de la grossesse, peut favoriser la satisfaction relationnelle de ce dernier et par le fait même la satisfaction sexuelle. Le but de cet essai est donc de mieux comprendre l'expérience sexuelle du couple lorsque survient une grossesse. Pour atteindre ce but, le présent essai vise deux objectifs spécifiques. Un premier objectif est de recenser les connaissances actuelles portant sur les changements physiques et psychologiques au niveau de la sexualité dans le couple pendant la grossesse. Un second objectif est de mettre en évidence le rôle spécifique que joue la communication entre les conjoints face à leur vécu relationnel et sexuel lors de la période périnatale.

Pour effectuer cette recension de la documentation pertinente, deux bases de données ont été consultées, soit PsychInfo et « Dissertations and full theses », sans restrictions quant à la date de parution et la langue de publication. Les mots clés suivants

ont été utilisés : grossesse (*pregnancy*) ; couple (*couple, spouses, husband, wives*); communication (*Interpersonal Communication, or Interpersonal Interaction, or Arguments or Conversation, or Double Bind Interaction, or Communication Barriers, or Self Disclosure, or Self Expression, or Intimacy, or Attachment Behavior, or Physical Contact, or Psychological Distance, or Empathy*); sexualité (*Psychosexual Behavior, or Erection (Penis), or Extramarital Intercourse, or Hypersexuality, or Masturbation, or Orgasm, or Female Orgasm, or Male Orgasm, or Seduction, or Sexual Abstinence or Sexual Arousal, or Eroticism, or Sexual Function Disturbances, or Dyspareunia, or Erectile Dysfunction, or Female Sexual Dysfunction, or Inhibited Sexual Desire, or Premature Ejaculation, or Priapism, or vaginismus, or Sexual Intercourse (Human), or Dyspareunia, or Extramarital Intercourse, or Incest, or Premarital Intercourse, or Romance, or Sexual Attraction*) et satisfaction relationnelle (*Relationship Satisfaction, or Sexual Satisfaction, or Marital Satisfaction*). Cette recherche fut effectuée jusqu'au mois d'avril 2010. Dans un premier temps, le sommaire de chacune des études a été consulté. Sur cette base, les études répondant aux critères d'inclusion (voir plus bas) ou ne pouvant clairement être exclues ont été retenues pour, par la suite, être analysées de façon plus exhaustive. Dans un deuxième temps, les sources bibliographiques des études sélectionnées ont été étudiées et les références pertinentes (correspondant aux critères d'inclusion) ont également été ajoutées à la banque.

En regard des critères d'inclusion, les études recensées devaient tout d'abord porter sur des couples hétérosexuels pendant la grossesse et traiter de leur relation et/ou

leur sexualité. Bien que cet essai s'intéresse plus particulièrement aux couples pendant la période de la grossesse, comme les études portant sur cette population sont peu nombreuses, les critères d'inclusion ont dû être élargis (par exemple, couple post-grossesse). Ensuite, les études recensées doivent considérer l'impact de la communication, non seulement sur la satisfaction relationnelle, mais également sur le vécu de la sexualité. En effet, en raison du nombre restreint d'études portant spécifiquement sur la communication en lien avec la sexualité pendant la grossesse, celles s'intéressant au couple vivant une transition de vie ont également dû être retenues.

Dans un premier temps, les termes de la question d'essai seront définis, ensuite des liens seront explorés entre la sexualité, le couple et la grossesse, ainsi que la sexualité et la communication. Ensuite viendra une conclusion présentant une discussion des résultats de la recension documentaire, ainsi que les difficultés méthodologiques recensées, les limites de l'essai et les perspectives de recherches futures.

## *1. Contexte théorique*

En premier lieu, dans le *contexte théorique*, les thèmes principaux seront définis. En effet, le couple, ainsi que la sexualité seront présentés. La communication sera ensuite définie, ainsi que la satisfaction relationnelle. Une brève élaboration sur la grossesse sera ensuite réalisée. En second lieu, les données de la littérature concernant les thèmes principaux seront recensées, afin d'observer l'impact de la grossesse sur la sexualité dans le couple, ainsi que sur la satisfaction relationnelle. En dernier lieu, le lien entre la communication et la sexualité sera explicité, afin de mettre en lumière l'impact de la communication au niveau de la sexualité sur la satisfaction relationnelle et sexuelle dans le couple pendant la grossesse.

## 1.1 Présentations des termes principaux et définitions

### 1.1.1 Couple

#### 1.1.1.1 *Définitions et restrictions pour l'essai*

Le terme couple désigne généralement une paire de choses, qui ensemble constituent une entité nouvelle et singulière. En droit civil et en sociologie, le couple est l'union de deux personnes, mariées ou l'équivalent (union libre, union civile, etc.).

Dans le livre « Couples contemporains : cohésion, régulation et conflit », les auteurs (Widmer, Kellerhals & Levy, 2003) montrent une grande diversité de styles d'interactions conjugales et non un modèle unique. Ces styles sont en lien avec le statut social, la position dans le parcours de vie et la participation sociale des couples. De plus,



selon son style, le couple observera des niveaux de problèmes et de satisfaction très différents. En se fondant sur les résultats d'une vaste enquête menée pendant deux ans auprès de 1500 couples (habitant ensemble depuis au moins un an), les auteurs identifient cinq types de relations de couple.

Le style bastion est d'abord défini comme insistant sur son unité plutôt que sur la singularité de ses membres. Les genres définissent certaines spécificités et les routines quotidiennes sont définies de façon plutôt rigide. L'intimité prend une grande importance pour eux, mais les conjoints maintiennent cependant un certain contact avec l'environnement. Leurs valeurs dominantes sont la solidarité, la stabilité et la sécurité. Il s'agirait de 16 % des sondés.

Ensuite, le style cocon est davantage clos sur lui-même et égalitariste. Ce type de couple a pour principal objectif de construire son nid, duquel il éloignera autant que possible l'environnement extérieur. A l'intérieur de cette bulle, les espaces et les rythmes sont bien définis et l'accent est porté sur le sentiment de sécurité. Ce type de couple présente un manque d'intérêt partagé pour les fonctions externes de l'union. On y compte 15 % des couples participants à l'étude.

Le style association, lui, est déterminé par un faible conformisme. Le couple est très ouvert sur l'extérieur, mais les conjoints détestent les routines et rejettent toute organisation du travail fondée sur la différence des genres. Les valeurs dominantes sont

la négociation et la communication. La notion d'échange semble ici plus pertinente que celle du partage. De plus, 29 % des couples participants correspondent à ce critère.

Le style compagnonnage, comme dans les styles bastion et cocon, met l'accent sur la fusion, mais le projet central apparaît ici être l'ouverture vers l'extérieur, vers une communauté dans laquelle on s'investit à deux. Il y a de la souplesse en matière d'organisation conjugale, une volonté affirmée d'égalité et un refus de la routine. Le partage équitable l'emporte sur la négociation. Il représente 24 % des couples selon cette enquête.

Enfin vient le style parallèle, où l'unité du couple est bâtie sur la complémentarité des fonctions et la fermeture par rapport à l'environnement plutôt que sur la communauté. La hiérarchie des genres est plus marquée qu'ailleurs et la routine est valorisée. Les valeurs prônées sont la sécurité et l'ordre. Environ 17 % des couples sondés répondent à cette description.

Selon les auteurs de cette étude, les types parallèle et association, qui se distinguent par une fréquence de disputes et de problèmes relationnels bien supérieurs à la moyenne, sont ceux chez lesquels la conjugalité va le moins de soi. Le type compagnonnage, quant à lui, pourrait servir de modèle, car il totalise le plus faible taux de conflits comme de séparations. Toutefois, il est à noter que ce type de classification ne relève que des tendances.

Dans ce travail, les couples hétérosexuels qui ont été ensemble pendant la période de la grossesse, qu'ils soient mariés, conjoints de fait, ou en concubinage depuis moins d'un an, ont été pris en compte. Les études n'ont pas été sélectionnées selon le style de couple.

Comme il fut présenté dans cette section, le thème du couple est difficile à définir précisément, puisque chaque relation a ses particularités. Il en va de même pour le thème de la sexualité qui comporte plusieurs aspects complexes et relatifs à la personne. C'est d'ailleurs ce que tentera de démystifier la prochaine section.

### 1.1.2 Sexualité

#### 1.1.2.1 *Définition, image de soi, tendances apprises*

Dans un premier temps, l'activité sexuelle est définie au sens large comme le rapport pénis-vagin, la masturbation mutuelle ou de soi, la stimulation orale, ainsi que d'autres formes de stimulations comme le baiser et les caresses de parties du corps non génitales (Gray, 1992). En effet, la sexualité détermine l'ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel et à sa satisfaction (Petit Robert, 2008).

La sexualité n'est pas considérée ici comme un phénomène uniquement biologique. La composante psychologique comme l'identification à un genre ainsi que la construction d'une image de soi forgée par les forces sociales et biologiques font aussi

partie de la grande définition de la sexualité. En effet, la conception de soi (ou image de soi) est influencée au courant de la vie, la personne doit performer dans un rôle approprié, comme un mari ou une épouse, ou une mère ou un père. Des influences sociales peuvent modifier d'autres aspects de la sexualité, comme le rôle sexuel, pendant que l'aspect culturel va déterminer davantage quel comportement est souhaitable et acceptable (Fugate Woods, 1979).

Dans une étude de Fisher et Gray (1988), on élabore deux concepts importants concernant la sexualité, il s'agit de l'érotophobie et l'érotophilie. Il s'agirait de tendances apprises pour répondre à des signaux sexuels avec un affect positif ou négatif. Ces tendances seraient directement reliées à une évaluation positive ou négative de la sexualité. La personne érotophobique ressent des émotions négatives par rapport à la sexualité, ce qui engendre l'évitement de divers comportements sexuels. La personne érotophile, quant à elle, ressent des émotions positives par rapport à la sexualité, ce qui module positivement sa réponse sexuelle. Ce type de tendance aurait une influence notable sur le comportement sexuel ainsi que sur l'adaptabilité aux changements liés à la sexualité.

#### 1.1.2.2 *Termes importants : désir, satisfaction sexuelle, peurs et inconforts*

Dans un premier temps, le désir – ou, comme nous l'appellerons parfois dans cet essai, l'intérêt sexuel ou la libido – peut être plus difficile à définir et à mesurer, puisque

cela n'est pas directement observable et mesurable. D'ailleurs, les réponses physiologiques sont mesurables, mais le désir (ou la libido) n'est pas quantifiable. Le désir constitue un état qui est aussi subjectif que la satisfaction. Il est basé sur la perception et l'interprétation de la personne (Shrock, 1985).

D'un point de vue hormonal, la testostérone prédispose l'homme à l'appétit sexuel, tandis que celui de la femme fluctue au rythme de son cycle menstruel (Cabano, 2002). Le but biologique de l'accouplement étant la survie de l'espèce, le taux d'œstrogène féminin augmente en période de fécondité, accroissant la sensibilité de la femme aux phéromones mâles (molécules odoriférantes stimulant le désir) et sa propre production de phéromones (Cabano, 2002).

D'autre part, selon Kaplan (1979), le désir sexuel serait une exigence organique que nous pourrions comparer à la faim. Toujours selon sa perspective, le désir sexuel équivaldrait à une pulsion qui serait vécue comme une sensation spécifique et qui amènerait la personne à rechercher ou à devenir réceptive sexuellement.

Selon Cabano (2002), les mécanismes chimiques et la réponse physiologique n'expliquent qu'une partie du désir. D'ailleurs, la dimension psychique a le pouvoir d'interférer dans les processus biologiques. En effet, selon cette auteure, le désir est largement conditionné par les perceptions intériorisées de la sexualité et les expériences passées, mais aussi par l'estime de soi et le degré de menace pour son intégrité ou, au contraire, le degré de confiance que suscite l'autre. De plus, le désir prend, chez les

humains, des formes distinctes et n'existe pas seulement aux fins de reproduction. En effet, avant tout, la pérennité du désir dans le couple passe par la qualité de l'intimité créée entre les partenaires (Cabano, 2002). Cela implique d'avoir la capacité de se pencher sur soi, sur l'autre et sur l'interaction entre les partenaires.

Ensuite, la satisfaction sexuelle peut être définie par chacun de façon singulière. Des thèmes comme le plaisir et l'orgasme peuvent faire parties de cette définition propre, mais les chercheurs canadiens MacNeil et Byers (1997) précisent que la satisfaction sexuelle ne se veut pas uniquement liée au plaisir physique ou à l'absence de problématique sexuelle, ou d'insatisfaction. En effet, les auteurs indiquent que la satisfaction serait un sentiment général tenant compte à la fois des aspects positifs et négatifs des relations sexuelles.

Selon la Société des Obstétriciens et Gynécologue du Canada (2006), une sexualité satisfaisante repose sur le fait que les partenaires partagent leur désir et ce qui leur fait plaisir. Ils insistent aussi sur l'importance de pouvoir parler aisément de ce sujet.

En ce qui concerne les peurs liées à la sexualité, elles sont la principale barrière à une sexualité épanouie (Solano, 2003). Elles sont diverses, telle la peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas être assez désirable, de ne pas savoir comment satisfaire l'autre, de le ou la décevoir, de ne plus pouvoir être aimé après un rapport sexuel peu satisfaisant, de ne pas avoir d'érection, d'orgasme, etc. (Solano, 2003). La peur d'une personne peut

aussi trouver son origine dans une intériorisation de la sexualité comme étant sale, mauvaise, agressive, ou comme étant souffrante. Selon la sexologue Solano (2003), la peur serait l'ennemi premier du désir et du plaisir.

Enfin, les inconforts physiques affectent aussi de façon notable la sexualité. Ils désignent ce qui comporte un caractère désagréable, un état incommode physiquement dans lequel se trouve la personne (Larousse, 2010). Contrairement au confort, qui correspond à l'état habituel de bien-être, l'inconfort est associé au niveau inhabituel de tension (Mongeau & Tremblay, 2002). En fait, tout ce qui éloigne l'organisme de ses manières d'être habituelles provoque une variation du niveau de la tension et peut entraîner la personne dans des zones d'inconfort (Mongeau & Tremblay, 2002). Le confort et l'inconfort, qu'ils soient attribuables à des causes internes ou externes, résultent d'une réaction de l'organisme face aux risques et aux opportunités provenant des interactions entre l'organisme et son milieu (Mongeau & Tremblay, 2002). Plus précisément, l'inconfort physique est ressenti par une personne lorsqu'il y a dépassement de certains seuils préétablis de sa tolérance à la tension physique (Mongeau & Tremblay, 2002). Ces seuils sont propres à chacun. Par exemple, toujours sur le plan corporel, certains individus tolèrent très peu la douleur. Au niveau de la sexualité, chacun possède donc ses zones de confort et d'inconfort et ces dernières peuvent varier en fonction de l'état de santé, des changements physiques, des actions posées, etc. (Mongeau & Tremblay, 2002).

En somme, les thèmes définis dans cette section peuvent soulever plusieurs questionnements sur lesquels la section portant sur les enjeux reliant grossesse, sexualité et communication portera attention. Enfin, la section suivante tentera de définir un de ses éléments, soit la communication.

### 1.1.3 Communication

#### 1.1.3.1 *Définition*

La communication est l'action de communiquer, d'interagir et d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un. En effet, elle comporte l'ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion d'un message auprès d'une personne, d'une audience, d'un groupe. La communication peut se faire de plusieurs façons et transmettre nos pensées, émotions, expériences.

La communication est considérée comme un système complexe qui prend en compte tout ce qui se passe lorsque des individus entrent en interaction. Elle peut être verbale ou non verbale et faire donc intervenir à la fois des processus perceptuels, cognitifs et affectifs, que ceux-ci soient conscients ou inconscients. Pour l'école de Palo Alto, « on ne peut pas ne pas communiquer » (Teyssier d'Orfeuil, 2010). Les gestes, la posture, les mimiques, la façon d'être, la façon de dire, la façon de ne pas dire, « parlent » à l'interlocuteur (Teyssier d'Orfeuil, 2010). Toujours dans cette optique, il s'avère que les informations transmises sont toujours multiples. La transmission



d'informations n'est alors qu'une partie du processus de communication, car différents niveaux de sens circulent simultanément.

Dans une conversation, l'écoute (du récepteur) est la réponse à ce que l'émetteur est en train de dire. Le récepteur du message peut répondre de plusieurs façons, comme par des expressions faciales, des vocalisations (comme « hum hum »), un hochement de tête, des mouvements posturaux comme une inclinaison vers l'avant, et d'autres comportements que le récepteur peut étaler à travers la conversation (Pasupathi, Carstensen, Levenson & Gottman, 1999). Pasupathi et ses collègues (1999) conçoivent que la présence ou l'absence de signaux reflète une écoute positive, neutre, ou négative. Une écoute émotionnellement positive signifie que des expressions faciales positives sont présentes, ainsi que des signaux d'attention, comme un contact visuel ou un hochement de tête (Pasupathi & al., 1999). De façon similaire, une écoute émotionnellement négative est caractérisée par une absence de signaux attentionnels et la présence d'expressions faciales négatives (Pasupathi & al., 1999). Lorsque l'écoute du récepteur est différée, cela peut signifier la réponse du récepteur face à l'intensité émotionnelle négative de l'émetteur. De son côté, l'émetteur réagit aussi au comportement du récepteur, par exemple, un émetteur qui reçoit peu de réponses d'écoute peut escalader en négativité (Pasupathi & al., 1999).

De plus, les gens qui se connaissent ne communiquent pas de la même façon que ceux qui ne se connaissent pas (Kent, Davis & Shapiro, 1981). Ils changent de thèmes

rapidement, posent moins de questions et utilisent des expressions développées dans le privé (Kent, Davis & Shapiro, 1981). Donc, les conversations sont, en général, plus efficaces entre des partenaires familiers. En effet, les réponses du récepteur ont une fonction qui est moins importante quand les partenaires de la conversation partagent une faible connaissance tant du thème discuté que l'un de l'autre (Pasupathi & al., 1999).

#### 1.1.3.2 *Comment bien communiquer et ses bienfaits*

Le but lorsqu'il y a communication est d'informer, de prévenir, d'impressionner, ou d'amuser. La communication est réussie quand ces buts sont atteints. Le travail de Gottman (1993) indique que la communication du couple peut varier énormément et que différents styles peuvent naître dans une relation positive et stable (Mattson Bryan, 2002).

Dans un article de Julien (1993), on indique que les couples qui communiquent bien désamorcent les débuts d'escalades, au moment de la résolution de conflits, au moyen de «mécanismes de réparation» que les chercheurs américains appellent comportements «d'editing». Ces mécanismes peuvent être définis comme des émissions de réponses positives ou neutres de la part d'un conjoint, face au comportement négatif de l'autre conjoint. L'«editing» a pour effet de désactiver les chaînes de comportements négatifs tout en rétablissant les conditions affectives nécessaires favorisant le développement de compromis et de solutions aux conflits. Les comportements de réparation sont le plus souvent manifestés à travers les affects positifs ou neutres.

Toujours selon l'auteur, au niveau des comportements verbaux, les comportements réparateurs peuvent aussi se traduire en énoncés de «métacommunication». Ces derniers consistent en phrases qui renvoient au processus de communication lui-même; par exemple, «on est en train de parler de quelque chose d'important, j'aimerais porter ton attention sur...». Ces énoncés permettent de réguler la conversation, amenant soudainement les partenaires à prendre une distance afin de se centrer sur leur escalade pour mieux la contrôler.

Se préoccuper de l'interlocuteur est aussi un aspect important de la communication efficace. Certaines personnes s'expriment beaucoup, en raison, par exemple, d'un besoin d'attention et oublient l'autre. Toutefois, pour bâtir une bonne relation avec quelqu'un, il est primordial de commencer par lui manifester de l'intérêt. À travers des questions pertinentes, il est possible de transmettre un intérêt à l'interlocuteur, mais il faut d'abord s'interroger sur la personne à qui on parle. S'intéresser à ses interlocuteurs est une des premières choses à faire pour bien communiquer. Faire ressentir cet intérêt est aussi important, comme poser des questions, montrer que l'on se souvient de faits concernant notre interlocuteur, donner des signes de compréhension et d'empathie, etc. Effectivement, écouter l'interlocuteur est la meilleure manière de transmettre un intérêt et un souci de lui.

Aussi, si l'émetteur sait à l'avance que le récepteur a un cadre de références (ensemble des idées, valeurs, opinions, croyances et connaissances qui donnent un sens

au message) différent du sien, il peut ajuster son discours pour ne pas le blesser, le mettre mal à l'aise ou l'amener à s'opposer à lui (Arcand & Bourbeau, 1998). Pour ce faire, l'émetteur doit tenter de se mettre à la place du récepteur et miser sur leurs visions communes (Arcand & Bourbeau, 1998).

Selon Arcand et Bourbeau (1998), la communication sera plus efficace si l'émetteur et le récepteur ont des buts complémentaires, comme par exemple lorsque le premier veut informer l'autre et que ce dernier veut comprendre. Aussi, il est important que l'émetteur prenne conscience que ce qui est évident pour lui ne l'est pas nécessairement pour le récepteur, d'où la nécessité de demander au récepteur de donner des rétroactions sur ce qu'il a compris du message. En effet, des messages qui, par exemple, sont abstraits gagnent à être illustrés par des exemples.

#### 1.1.3.3 *Aspect qui rend la communication difficile ou conflictuelle*

La théorie psychanalytique indique que la fonction de la parole est dans un premier temps relationnelle (Senk, 2002). Elle sert à dire, autant qu'à mentir ou à cacher (Senk, 2002). Elle sera aussi influencée par la nature de la relation existante avec l'interlocuteur et la qualité de celle-ci. En ce qui concerne la famille et le couple, il y aurait presque toujours de l'ambivalence affective, faite simultanément d'amour et de haine, teintant la communication (Senk, 2002). Par exemple, l'un pourrait craindre de blesser l'autre, ou d'être trop intrusif s'il pose des questions personnelles à l'autre et ainsi pourrait dissimuler ses véritables sentiments en parlant de tout et de rien.

Aussi, toujours selon la théorie psychanalytique, l'inconscient masquerait certaines de nos émotions et nous inciterait à nous tromper sur nos interlocuteurs. En effet, les gens peuvent déplacer sur leur conjoint, par exemple, les sentiments éprouvés pour leurs premiers objets d'amour (mère et père) (Senk, 2002). Donc, lorsqu'une personne se représente son conjoint non comme un autre égal à elle-même, mais comme le substitut d'une figure parentale, il devient impossible de communiquer avec lui comme avec un adulte indépendant (Senk, 2002). De plus, cette même personne pourrait aussi réagir émotionnellement face à sa propre projection sur l'autre, par exemple en se sentant comme un enfant intimidé. Les projections fantasmatiques rendent donc la communication difficile, surtout lorsqu'elles demeurent inconscientes.

De plus, selon le psychanalyste Jacques Lacan, le plus insurmontable, lorsqu'il y a communication verbale, est l'ambiguïté fondamentale du langage (Senk, 2002). Selon lui, il existe une grande différence entre le sens commun des mots (c'est-à-dire la définition du dictionnaire) et la signification de ceux-ci qui peut revêtir un sens très différent pour une personne et à un moment donné dans la vie de celle-ci (Senk, 2002). Par exemple, un homme dit à sa conjointe qu'il ne se sent pas écouté et lorsque la conjointe répond « Oui! », elle peut vouloir indiquer qu'elle approuve la remarque de son conjoint, ou plutôt qu'elle a entendu ce qu'il lui dit mais n'est pas nécessairement d'accord, et ainsi de suite (Senk, 2002).

Aussi, lorsqu'une personne qui manque de confiance en elle, plus timide et plus perméable aux influences extérieures, tente de passer un message, elle n'atteint pas toujours son objectif. En effet, le doute suscite des interrogations sur la vérité du contenu du message (Arcand & Bourbeau, 1998).

Le manque de connaissance et les peurs de blesser son partenaire émotionnellement ne permettent pas une communication ouverte (Renshaw, 1981, cité dans Shrock 1985). Lorsqu'il y a des insatisfactions entre les partenaires, ceux-ci seraient incapables de résoudre leurs problèmes, d'aller chercher de l'information, de trouver le courage d'expérimenter de nouvelles solutions (Shrock, 1985).

L'une des caractéristiques comportementales la plus déterminante de la détresse conjugale est le développement d'escalades négatives, soit lorsque les expressions affectives négatives de l'un entraînent des expressions affectives négatives chez l'autre, et vice versa, dans un cycle interminable (Julien, 1993). Les partenaires dans l'impossibilité de s'ajuster vont tendre à s'absorber, s'enfermer et s'emprisonner graduellement dans cette réciprocity d'émotions négatives qui prend le dessus sur la discussion (Julien, 1993).

En somme, plusieurs aspects peuvent affecter positivement et négativement la communication et il en va de même en ce qui concerne la satisfaction relationnelle. La section suivante tentera justement de définir ce concept.

#### 1.1.4 Satisfaction relationnelle

##### 1.1.4.1 *Définition, variables influentes et lien avec la satisfaction sexuelle*

La qualité de la relation de couple est un déterminant important dans la satisfaction relationnelle. Par exemple, les couples qui sont attentifs aux besoins de leur partenaire et qui s'adaptent bien aux changements vont plus facilement rapporter un haut niveau de satisfaction (Goldbach, 1991). Ensuite, les variables comme le sexe des partenaires, le soutien social, la santé mentale et les conditions de vie peuvent aussi affecter la satisfaction relationnelle (Goldbach, 1991; Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995). D'ailleurs, les femmes ressentiraient plus de bénéfices à être mariées que les hommes et pourraient ainsi tendre vers une perception plus élevée de leur satisfaction conjugale (Goldbach, 1991).

Le bonheur conjugal (ou satisfaction relationnelle) peut dépendre de plusieurs choses, dont un haut niveau de satisfaction sexuelle de la part de chaque partenaire (Ammons & Stinnett, 1980; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953; Litzinger & Gordon, 2005). Les problèmes au niveau de la sexualité ou l'insatisfaction sexuelle sont souvent des facteurs de séparation et de divorce (Kinsey & al., 1953). De plus, une union heureuse entre deux personnes résulterait grandement de la communication et de la satisfaction sexuelle (Litzinger & Gordon, 2005). McCarthy (2002) indique d'ailleurs que, lorsque la sexualité est dysfonctionnelle ou non existante, la relation des deux

personnes se verrait éprouvée, drainant l'intimité et les émotions positives. De plus, un conflit relationnel non résolu peut entraîner des dysfonctions sexuelles et, à son tour, une dysfonction sexuelle peut agir comme catalyseur et précipiter des conflits relationnels et une détresse conjugale (Metz & Epstein, 2002). C'est donc dire que le bien-être sexuel (satisfaction sexuelle) est un élément essentiel à la satisfaction relationnelle du couple.

Le bonheur conjugal est un aspect recherché chez le couple, même dans les périodes de grands changements comme l'est la grossesse. La section qui suit portera d'ailleurs un regard sur cette période dans la vie d'un couple afin d'en tirer une définition.

### 1.1.5 Grossesse

#### 1.1.5.1 *Description et restriction en regard de l'essai*

La grossesse est le processus physiologique au cours duquel le bébé d'une femme se développe dans son corps, depuis la conception jusqu'à ce qu'il puisse survivre hors du corps de la mère. Une femme en état de grossesse est dite enceinte. La grossesse commence son processus avec la fécondation de l'ovocyte par le spermatozoïde, d'où résulte la création d'une cellule œuf, qui va se diviser jusqu'à devenir un embryon, puis un fœtus (Domingues, 2009). Ce processus se termine à la naissance, ou lors de son interruption par un avortement artificiel ou naturel (fausse couche). Chez les humains, la grossesse dure environ 40 semaines, entre la fécondation et l'accouchement (Domingues,



2009). Elle se divise en trois périodes d'environ trois mois chacune, communément appelée « trimestres ».

Dans cet essai, les femmes enceintes qui ont donné naissance à un enfant ont été prises en compte. Le rang de l'enfant à naître n'a pas été considéré, cet aspect n'étant pas à l'étude dans ce travail. Les études traitant des parents qui ont vécu l'avortement de leur enfant, la perte de celui-ci, ou encore dont l'enfant est mort né ont été écartées.

En somme, la sexualité, le couple, la satisfaction relationnelle, la communication et la grossesse sont des thèmes vastes, mais qui se recouperont dans ce travail. En effet, les enjeux qui relient ces différents thèmes et leurs impacts seront explorés dans la section suivante.

## 1.2 Description des enjeux qui lie le couple, la sexualité, la grossesse et la communication et leurs impacts

### 1.2.1 Sexualité et grossesse : changements physiques, psychologiques et particularités selon le sexe

Dans cette section, les enjeux généralement répertoriés au niveau de la sexualité dans le couple pendant la grossesse et les impacts de ces enjeux seront explorés. Nous nous intéresserons en fait à l'anxiété et aux conflits externes comme internes, à la fréquence des relations sexuelles et au niveau de désir, aux peurs associées à la sexualité durant cette période, aux inconforts et aux changements physiques. Ensuite viendra le croisement entre l'expérience sexuelle, ainsi que la transition à la parentalité et le

changement de rôle. Ces éléments intégreront les particularités observées sous l'angle de l'homme et celui de la femme. Viendra enfin la satisfaction relationnelle et sexuelle du couple.

#### 1.2.1.1 *L'anxiété et le conflit (externe et interne)*

La réponse sexuelle et l'expression de l'intimité dans la population en général sont affectées par divers éléments telles la consommation d'alcool ou de drogue, les émotions de colère, la dépression, la peur (Renshaw, 1978), ainsi que les attitudes de la société, les changements physiques et psychologiques, particulièrement l'anxiété (Shrock, 1985). Comme nous le savons, les transitions de vie sont une source importante d'anxiété nécessaire à une nouvelle adaptation (Gottman, 1991; Shumacher & Meleis, 1994; Shrock, 1985). Lors d'une transition de vie dans un couple, par exemple, le niveau d'anxiété pourra affecter diverses sphères de leur union, dont leur sexualité.

L'anxiété peut inhiber autant la réponse sexuelle que la performance sexuelle et peut provenir d'une image négative du corps, de la peur d'être rejeté, d'un manque de confiance en soi et d'une faible estime de soi, d'un manque d'information de base sur la sexualité, de conditions culturelles négatives et de croyances établies à l'enfance ou l'adolescence (Shrock, 1985). Le sentiment de culpabilité, de honte et la peur d'échouer peuvent, ajoutés à des inconforts physiques ou des conflits, empêcher l'établissement d'un environnement aimant, sécurisant, permettant l'échange affectif et sexuel (Kaplan, 1979 ; Lief, 1981).

En effet, ce qui causerait le plus souvent une inhibition de la réponse sexuelle ou de la performance sexuelle serait le conflit relationnel (Shrock, 1985). En ce sens, les conflits dans la relation de couple, l'incapacité d'initier la communication ou de communiquer efficacement, empêchent le couple de satisfaire les besoins de chacun des partenaires (Renshaw, 1978).

À l'inverse, l'expression et la performance sexuelle durant la grossesse peuvent être facilitées par plusieurs facteurs, comme la confiance, l'environnement non dérangeant, le moment choisi, le touché sensuel et sexuel, etc. (Shrock, 1985). Aussi, lorsque la femme a le désir d'avoir un enfant, elle peut trouver agréable et plaisant le fait de vivre une première grossesse. Toutefois, comme le dit Pacey (2004), la grossesse n'est pas toujours vécue avec joie, même si l'enfant est planifié et voulu, une certaine ambivalence interne est présente et aura un impact sur la relation de couple.

Un autre aspect psychologique important à considérer durant la grossesse est le statut psychologique préexistant, comme la maturité, la capacité à gérer le stress, etc. Par exemple, l'acceptation de la grossesse par la future maman, son anticipation et sa capacité à gérer le stress que le conflit potentiel avec sa carrière peut évoquer, va influencer son estime de soi et sa capacité à démontrer son amour et son affection à son conjoint (Shrock, 1985). Si elle ressent de l'ambivalence et de la colère à un moment précoce de la grossesse, ou de l'anxiété face au bébé ou à ses propres vulnérabilités, elle

va être moins portée vers les activités sexuelles (Shrock, 1985). De plus, un conflit interne concernant son éducation religieuse peut encourager des sentiments de culpabilité et de confusion au niveau sexuel, étant dans un nouveau rôle de mère, et ainsi faire en sorte qu'elle se sente coupable d'exprimer sa sexualité (Shrock, 1985).

La grossesse est une période de grande labilité émotionnelle (Shrock, 1985; Bitzer & Alder, 2000). La raison d'être de cela n'est pas totalement comprise par les chercheurs. Certains rapportent tout de même le déséquilibre hormonal et ses fluctuations comme cause potentielle, mais non exclusive (Shrock, 1985). Cela peut créer un état d'irritabilité chez la femme, d'introversion, qui peut représenter une barrière émotionnelle entre les partenaires, compromettant leur relation et affectant aussi leur sexualité (Shrock, 1985).

Ensuite, du côté du futur papa, les recherches sont moins nombreuses, mais il semble y avoir de plus en plus de chercheurs qui s'y intéressent tels Lacharité et Demontigny (2002, 2004). Ce que vit l'homme, son rôle qui est en train de changer, ses besoins et les ajustements qu'il doit apporter sont tous des aspects auxquels peu d'études sont associées actuellement.

Le fait d'attendre un enfant est généralement perçu par l'homme comme une fierté, un accomplissement, le sens de sa virilité et de sa capacité à devenir père (Shrock, 1985). L'homme est profondément affecté par la grossesse, particulièrement une

première grossesse, en ce sens qu'elle affecte considérablement son humeur et ses comportements (Shrock, 1985). Plusieurs hommes vivraient même des symptômes très similaires à ceux de leur conjointe.

Le futur papa doit faire face à de nouvelles tâches et des émotions uniques jamais expérimentées avant et il a des connaissances ainsi qu'une compréhension limitée de ce que représente une première grossesse, les changements physiques et émotionnels que cela entraîne pour sa conjointe, comment cela va affecter leur relation et leur vie sexuelle, etc. La plupart des hommes vivraient de l'anxiété face à leur difficulté à visualiser correctement leur rôle de père et éprouveraient beaucoup de crainte à l'idée d'être ou non un bon père (Heinowitz, 1978). Ceci pourrait accentuer la conscience de leur identité propre et de leurs émotions par rapport à leur propre père, émotions qui peuvent être positives ou négatives (Shrock, 1985). De plus, il semble qu'une bonne dose d'anxiété à propos de la capacité du futur père à soutenir sa famille adéquatement soit présente durant la grossesse. Lorsque les deux futurs parents ont un emploi, ils peuvent aussi être inquiets de ne pas pouvoir maintenir leur qualité de vie (Shrock, 1985).

Une plus récente étude indique que le futur papa ressent de l'impuissance, qu'il ressent avoir très peu de contrôle sur le processus de la naissance (Raphael-Leff, 2001). En fait, de voir sa partenaire subir des nausées du matin et constater que ses hanches s'élargissent, par exemple, ne fait qu'amplifier la prise de conscience de l'homme qu'il

n'a aucun effet physique, ce qui peut le faire se sentir davantage exclu. D'ailleurs, face à ce sentiment d'exclusion le système de défense émotionnel du père pourrait s'enclencher et il risque de ressentir un haut degré d'anxiété, considérant, en quelque sorte, inconsciemment l'enfant à naître comme un petit frère envié (qui reçoit toute l'attention) (Raphael-Leff, 2001).

Comme le fait de ressentir de l'anxiété affecte le couple pendant la grossesse, le désir et la fréquence des relations sexuelles peuvent aussi être affectés durant cette période. La section qui suit tentera d'éclairer le lecteur à ce sujet.

#### 1.2.1.2 *Désir et fréquence des relations sexuelles*

Dans la documentation scientifique, on dénote une baisse de l'activité sexuelle pendant la grossesse (Regan, Lyle, Otto & Joshi, 2003; Masters & Johnson, 1966; White & Reamy, 1982; Solberg, Butler & Wagner, 1973; Bitzer & Alder, 2000; Fisher & Gray, 1988). Les différents styles de désir et comportement sexuel durant la grossesse ont inspiré plusieurs débats, la plupart ne traitant presque seulement que de la femme et de sa vision dans le couple. Hobbs, Bramwell et May (1999) ont analysé 14 études sur la sexualité et la grossesse, parues entre 1976 et 1995. Le consensus était que les femmes vivent une baisse du désir, de la fréquence des relations sexuelles, ainsi qu'une baisse de satisfaction sexuelle durant le premier trimestre, un retour à la normale durant le deuxième trimestre et une réduction, souvent jusqu'à l'abstinence complète, durant le troisième trimestre. En effet, pour certains couples, après que la nausée et les peurs

soient passées, il y aurait un accroissement de la satisfaction sexuelle dans le second trimestre (Masters & Johnson, 1966). Toutefois, un chercheur a ensuite répété la recherche sans toutefois obtenir ce résultat (Solberg, 1973). De plus, Alder (1999) apporte la possibilité que ces anciennes études aient des failles méthodologiques et donne une fausse impression que les femmes vivent une augmentation de l'intérêt sexuel dans le deuxième trimestre.

Regan et al. (2003) ainsi que Masters et Johnson (1966) sont aussi d'avis que, pendant la grossesse, la plupart des femmes ressentent une diminution générale de l'intérêt sexuel, particulièrement lorsque la naissance approche, avec une petite proportion de femmes qui vivent soit une stagnation pendant le deuxième trimestre, soit un retour à la normale (comme avant la grossesse). Leiblum (2002) avance que le premier et troisième trimestres sont plutôt inconfortables pour les femmes et donc tendent à être caractérisés par une faible libido. Certaines études parlent tout de même d'un nombre restreint de femmes pour qui on observe une augmentation du désir sexuel et de l'activité sexuelle (Bartellas & al., 2000; Pacey, 2004; Leiblum, 2002; Westheimer & Grunebaum, 1999). Il s'avèrerait que, pour les femmes qui veulent un enfant, la grossesse peut amener une affirmation de leur sexualité (Leiblum 2002). En effet, un certain nombre de femmes vivent une augmentation du désir et de l'activité sexuelle dans leurs deux premiers trimestres (Westheimer & Grunebaum, 1999). Un plus grand apport de sang aux parties génitales peut maintenir une excitation et des femmes qui auparavant étaient anorgasmiques (incapables d'avoir un orgasme) commencent à vivre

des orgasmes (Westheimer & Grunebaum, 1999). De plus, il semble que plusieurs femmes rapportent faire l'amour afin de se sentir proche de leur partenaire, d'exprimer leur amour, ou comme un symbole d'engagement et non en raison d'un désir physiologique (Shrock, 1985). Ceci pourrait donc expliquer en partie la hausse de l'activité sexuelle chez certains couples qui se rapprochent à travers le vécu de la grossesse.

Plusieurs études s'entendent majoritairement pour parler d'un déclin linéaire du désir sexuel plus la grossesse avance (White & Reamy, 1982; Solberg, Butler & Wagner, 1973; Bitzer & Alder, 2000; Fisher & Gray, 1988). En fait, il s'avère que plusieurs études ont comparé les trimestres chez la femme et qu'un déclin progressif de l'acte de pénétration sexuelle et du désir sexuel est observé, au fur et à mesure que la grossesse évolue, avec une diminution marquée au troisième trimestre (Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000; Judicibus & McCabe, 2002; Masoni & al., 1994; White & Reamy, 1982). Toutefois, il semblerait qu'aucune différence n'est observée dans la fréquence des types de comportements sexuels suivants : embrasser, masturbation, préliminaires, caresse de la poitrine, relation anale et relation orale (Bartellas & al., 2000). En fait, ces comportements seraient environ aussi fréquents qu'avant la grossesse. Toutefois, notons que très peu de femmes affirment une perte complète du désir sexuel et de la satisfaction sexuelle ou une abstinence complète des rapports sexuels durant le troisième trimestre.



Dans une étude de Trutnovsky, Haas, Lang et Petru, en 2006, on a voulu apporter une perspective longitudinale et complète de l'expérience subjective de la sexualité des femmes pendant la grossesse et la période post-partum. Les répondantes étaient des femmes enceintes en santé, étant entre 10 et 20 semaines de grossesse au début de l'étude. Selon la majorité des femmes interrogées, la perception de l'importance de l'activité sexuelle fluctue significativement selon le trimestre. En effet, il y aurait une chute abrupte de l'importance de la sexualité entre la préconception et le début de la grossesse. Il en serait de même entre le début et la fin de la grossesse.

De plus, Bartellas & al. (2000) ont constaté que les femmes percevraient généralement des changements au niveau de la sexualité durant la grossesse et au niveau de la perception du désir de leur partenaire. En fait, dans leur étude, certaines répondantes rapportaient ressentir de la pression de la part de leur partenaire pour avoir des relations sexuelles (Bartellas & al., 2000). Ensuite, 58 % des répondantes rapportent un déclin du désir sexuel durant la grossesse, 44 % rapportent un déclin du plaisir pendant la relation sexuelle et 51 % un déclin de leur contribution pour initier une relation sexuelle (Bartellas & al., 2000). Selon la majorité des femmes, le partenaire ne vivrait pas de baisse, ou de hausse de désir, ou d'attraction pour la femme enceinte.

Une étude assez récente (De Judicibus & McCabe, 2002) a montré que le degré de changement « majeur » dans le fonctionnement sexuel de la femme dans le troisième trimestre, bien que statistiquement significatif, n'était généralement pas d'une grande

ampleur. En fait, les auteurs mettent en évidence que la perte de désir ou de satisfaction sexuelle est rarement totale et qu'une complète abstinence de relations sexuelles durant le dernier stade de la grossesse est plutôt rare. Par contre, ils ne contredisent pas l'idée qu'il y a tout de même un changement au niveau de la satisfaction sexuelle et de l'activité sexuelle dans ce trimestre. D'ailleurs, Hobbs et al. (1999) affirment qu'il y a une évidence que les changements physiques ont un effet direct sur le comportement ou le désir sexuel très tard dans la grossesse, un moment où les aspects physiques interviennent de manière directe. Comme le rapportent Avery et Frantzich (2000), les stades hormonaux somatiques et les changements corporels suscités par la grossesse causent le déclin du désir à ce moment. C'est d'ailleurs ce que nous retrouvons dans les études présentées dans ce travail, c'est-à-dire que le troisième trimestre serait le plus marqué par la baisse du désir et de la fréquence des relations sexuelles (Solberg, Butler & Wagner, 1973; White & Reamy, 1982; Bitzer & Alder, 2000).

Les tendances à concevoir la sexualité sous un angle favorable ou défavorable auraient aussi une influence sur la baisse de l'activité sexuelle pendant la grossesse (Fisher & Gray, 1988). Tel que défini plus haut, les gens érotophiles verraient la sexualité positivement. Ils expérimenteraient donc un déclin plus faible de l'activité sexuelle (Fisher & Gray, 1988). En contraste, les personnes érotophobiques, qui ont une vision négative de la sexualité, ne feraient pas les ajustements nécessaires à l'adaptation de leurs comportements sexuels et il pourrait en résulter un déclin plus prononcé de l'activité sexuelle (Fisher & Gray, 1988).

Du côté de l'homme, la grossesse a des impacts importants sur son comportement sexuel, ainsi que sur ses émotions. L'effet des changements émotionnels, qu'il vit à travers la grossesse, peut affecter sa libido, son intérêt sexuel et sa satisfaction sexuelle et peut être fortement corrélé aux changements physiques et émotionnels de sa conjointe (Shrock, 1985; White & Reamy, 1982). Par exemple, un homme peut apprécier les besoins sexuels et le plaisir amplifié de sa partenaire, ou il peut également se sentir menacé et sous pression de performer, ceci pouvant mener à des dysfonctions sexuelles (Pacey, 2004; White & Reamy, 1982). Par contre, notons que ces exemples concernent certains couples seulement.

Certains auteurs notent aussi que le fait que la conjointe de l'homme devienne une mère puisse l'affecter psychologiquement et rendre tabou pour lui les relations sexuelles (Shrock, 1985; White & Reamy, 1982; Bitzer & Alder, 2000). Ceci peut être une des raisons pouvant expliquer que l'homme trouve difficile d'avoir une sexualité épanouie pendant la grossesse (Bitzer & Alder, 2000).

Joint à cette influence de la grossesse sur le désir et la fréquence de l'activité sexuelle, le couple peut aussi vivre des peurs envahissantes et chaque partenaire voir son image de soi affecté. Dans la section suivante, ces thèmes seront élaborés.

### 1.2.1.3 *Peurs et image de soi*

Dans certains couples, le fait de faire l'amour peut être inhibé par la grossesse en raison d'une peur consciente ou inconsciente de blesser le bébé (Hobbs & al., 1999; Regan & al., 2003; Bartellas & al., 2000; White & Reamy, 1982). De plus, environ une femme sur deux rapporterait avoir peur que la relation sexuelle affecte la grossesse et croirait que leur partenaire est aussi craintif par rapport à cela, cette perception serait de plus en plus forte avec l'évolution de la grossesse (Bartellas & al., 2000; White & Reamy, 1982). Les peurs répertoriées seraient notamment de saigner, d'avoir une infection, une rupture de la membrane, un début de travail et une blessure au fœtus (Bartellas & al., 2000). De plus, les changements physiques, comme l'expansion de l'utérus, préoccuperaient certaines femmes et réduiraient leur plaisir sexuel (Bartellas & al., 2000).

Dans le troisième trimestre, le bébé représente une forme de vie plus tangible et réelle, augmentant l'anxiété à propos de la naissance, de nouvelles responsabilités liées à l'enfant et la charge financière concomitante (Pacey, 2004). Les couples peuvent aussi se sentir concernés par le déclenchement du travail. Sherr (1995) soutient cette possibilité, en tenant compte de la haute concentration de prostaglandines (ayant comme propriété de dilater le col de l'utérus et dériver de ce qui est utilisé à l'hôpital pour déclencher le travail) dans le sperme. Toutefois, Westheimer et Grunebaum (1999) ainsi que Perkins (1979) ont montré que l'excitation et l'orgasme ne sont pas assez puissants pour engendrer le début du travail à moins que le travail soit imminent. Alder (1994), de

son côté, a trouvé que le moment choisi de la dernière relation sexuelle n'est pas relié à la durée de la grossesse.

Plusieurs peurs sont reliées aux relations sexuelles et sont la cause de l'abstinence de certains couples durant la grossesse. Par exemple, certains couples seront confrontés à des écoulements de sang après l'orgasme de la femme, en raison de l'accroissement de l'apport de sang dans les parties génitales, ce qui serait sans danger (Shrock, 1985). Le couple peut toutefois être effrayé et augmenter sa croyance que les relations sexuelles peuvent blesser le bébé (Perkins, 1979).

Une certaine différence entre l'homme et la femme serait notée quant aux peurs. En effet, plus d'hommes que de femmes auraient des craintes en lien avec la sexualité pendant la grossesse (Pacey, 2004). Toutefois, selon Bogren, dans un article de 1991, la baisse précoce du désir pendant la grossesse serait reliée aux peurs des femmes. Durant le 3<sup>e</sup> trimestre, une telle conclusion est aussi tirée dû à la peur des femmes par rapport à la santé du bébé à la naissance et à la peur de l'homme et de la femme que le fœtus soit blessé ou indisposé par une relation sexuelle ou un orgasme. Cette notion reflète l'aspect de peur irrationnelle qui peut émerger et influencer sur le désir sexuel, qui a un impact direct sur le comportement sexuel. Donc, les difficultés au niveau sexuel peuvent essentiellement être psychologiques (dépendre des peurs par exemple), provenant d'une réponse émotionnelle à l'état de changement, ou peuvent être directement une réponse

physique à la grossesse (comme le vécu d'inconfort de la mère). L'une n'exclut pas l'autre et un mélange de ces deux formes est fréquent.

D'autres peurs peuvent aussi affecter la femme, comme la crainte de ne pas être une bonne mère (Bitzer & Alder, 2000), que son conjoint ne réponde pas bien à ses besoins, que ce dernier soit attiré par d'autres femmes et soit infidèle, ce qui serait d'ailleurs rapporté comme assez répandu (Masters & Johnson 1966). Il semblerait aussi que des rêves ou cauchemars soient fréquemment associés à la peur de ne pas être une bonne mère (Shrock, 1981, cité dans Shrock, 1985).

Il va sans dire que les transformations physiques de la mère vont souvent de pair avec les transformations émotionnelles. Certaines femmes se sentent voluptueuses et désirables pendant la grossesse, pendant que d'autres se sentent disgracieuses et grosses (Westheimer & Grunebaum, 1999; White & Reamy, 1982), expérimentant la peur de ne pas pouvoir retrouver leur taille d'avant (Alder, 1999). Hyde, DeLamater, Plant et Byrd (1996) et Perkins (1979) rapportent aussi que certaines femmes se sentent moins attirantes physiquement et moins sexuellement désirables plus la grossesse avance. Les changements corporels de la femme peuvent donc causer des bouleversements pouvant entraîner une ambivalence sexuelle (Masters & Johnson, 1966). Les chercheurs reconnaissent d'emblée que la femme enceinte est plus préoccupée par son corps et son image corporelle. De plus, les femmes qui n'étaient pas heureuses d'être enceintes, ou qui avaient des symptômes d'anxiété ou de dépression, ou des difficultés sexuelles,

tendaient à éviter de porter leur attention sur leur bassin en déni des changements se produisant en elle (Shrock, 1985).

Dans le premier trimestre, il y a une phase appelée « d'incorporation », où la future mère commence graduellement à accepter le fœtus comme une partie de son corps (Shrock, 1985). Cela évoluera en une phase de « différenciation », durant laquelle le fœtus doit être reconnu comme un être séparé de soi, ne faisant donc pas entièrement partie de la mère, mais ayant bel et bien une existence séparée (Shrock, 1985). Cette phase aurait lieu lorsque le bébé se mettrait en mouvement dans le ventre de la mère, donnerait des coups de pied par exemple (Shrock, 1985). La dernière phase est vécue pour certaine avec une anticipation positive, de la fierté et de la joie et pour d'autre davantage comme une perte, une déception, c'est la « séparation » (Shrock, 1985; Bitzer & Alder, 2000). Il s'agit de la phase où la mère va mettre au monde son bébé.

Les changements au niveau du corps affectent l'image de soi et l'estime de soi. La plupart des femmes vont voir les changements de leur corps avec ambivalence durant la grossesse : tantôt elles seront fières de l'enflure de leur corps et tantôt elles seront insécurisées et ignorantes face à la durée des changements qu'elles vivent, ce qui affectera leur plaisir d'être enceinte (Shrock, 1985; Bitzer & Alder, 2000). Par exemple, si la femme est davantage concernée par l'aspect social de sa féminité, qu'elle accepte les stéréotypes physiques de beauté et d'attraction, qu'elle est plutôt passive et dépendante dans son interaction avec son conjoint, elle va se voir moins attirante en

raison de la perte de sa silhouette avec la grossesse (Shrock, 1985; White & Reamy, 1982). Les aspects sociaux valorisés comme la minceur de la silhouette, la jeunesse et la libération sexuelle ne tiennent pas compte de l'état de la femme enceinte, donc la heurtent d'autant plus lors de cette période (Shrock, 1985). Les femmes qui ont des craintes et insécurités face à leur corps rapportent un besoin de réassurance et d'affection (Shrock, 1985).

La mère peut commencer à se sentir envahie, ou moins en possession de son corps, ce dernier étant aussi celui du bébé, et ce sentiment d'envahissement s'étendant à son partenaire et aux professionnels de la santé s'occupant d'elle (Raphael-Leff, 2001). Elle peut en venir à s'imaginer qu'elle est perçue uniquement comme une femme enceinte et son identité peut devenir submergée par cet aspect (Alder, 1999). Ceci est particulièrement vrai et difficile pour une femme qui s'autocritique beaucoup et qui se définit elle-même dans des termes de compétence et qui apprécie l'autonomie d'un emploi rémunéré, par exemple. En fait, cette perte d'identité, dans la transition à mère au foyer (à cause du retrait préventif ou du congé de maternité), peut être grave et le bouleversement résultant peut être significatif. D'ailleurs, notons que l'autocritique est associée à la dépression post-partum et peut donc être bien néfaste (Pacey, 2004).

Toutefois, le sentiment de perte de liberté et d'identité d'une femme autonome est mitigé si, par exemple, elle a la capacité de créer un lien d'affection avec son bébé



pendant la grossesse (Priel & Besser, 1999). En effet, l'attachement prénatal a des effets modérateurs sur l'autocritique.

Enfin, il semble clair que les peurs et l'influence de la grossesse sur l'image de soi ont un impact sur le couple qui attend un enfant. De la même façon, les inconforts physiques et les changements psychologiques que vivra le couple pendant la grossesse méritent une attention particulière. Dans la section qui suit, le lecteur pourra se voir éclairé à ce sujet.

#### 1.2.1.4 *Inconforts physiques et changements physiologiques*

Aussi, les inconforts de la femme enceinte affectent les relations sexuelles (Bartellas & al, 2000; Trutnovsky & al., 2006; Avery & Frantzich, 2000; Regan & al., 2003; Solberg & al., 1973). De plus, ceux-ci ne changeraient pas significativement avec les trimestres. Des inconforts, ou difficultés lors de la relation sexuelle peuvent notamment être : des saignements, des changements au niveau de la lubrification vaginale, des douleurs dans le vagin, des écoulements de lait et des crampes abdominales (Bartellas & al., 2000). D'autres formes d'inconforts, comme la nausée, la fatigue, les douleurs dans le dos, les ballonnements, la sensibilité au niveau des seins et la dyspareunie (la pénétration difficile ou douloureuse) pouvant provenir de plusieurs éléments (hémorroïdes, infections du conduit urinaire et la peur de l'incontinence), sont aussi répertoriés dans les études (Avery & Frantzich, 2000; Regan & al., 2003; Trutnovsky & al., 2006; Bartellas & al., 2000; White & Reamy, 1982).

De façon générale, avant même que les symptômes habituels de la grossesse se présentent - la nausée, la sensibilité accrue des seins et des mamelons, l'aménorrhée et l'augmentation du besoin d'uriner - les femmes ressentent une sensation subtile qu'elles sont enceintes (Chamberlain & Morgan, 2002). En fait, tout le corps de la future mère est en changement, elle s'élargit, son coeur change de position, le volume de son sang augmente, sa taille change, ainsi que le tonus de ses muscles et son niveau d'hormones (Pacey, 2004; Bitzer & Alder, 2000). Cet état de changement continu peut lui faire vivre émotionnellement beaucoup de choses, et ce, dès la fécondation. Aussi, en ce qui concerne les changements hormonaux, ils commencent dès que l'ovule est fécondé et se poursuivent jusqu'à ce que le travail commence (accouchement) (Bitzer & Alder, 2000). Tous ces changements vont influencer la façon dont elle va exprimer sa sexualité, répondre à son amoureux et faire l'amour (Shrock, 1985).

Selon Masoni, Maio, Trimarchi, De Punzio et Fioretti (1994), avec toute cette réorganisation physiologique, un symptôme plutôt commun semble émerger, il s'agit de la fatigue. Elle affecte 91 % des femmes enceintes, mais n'est pas nécessairement universelle (Masoni & al. 1994). La fatigue interviendrait aussi dans le troisième trimestre, où l'inconfort est à son comble, ainsi que le gain de poids (Shrock, 1985).

Un des changements physiologiques majeurs durant l'activité sexuelle est la vasocongestion au niveau des seins et de la zone pelvienne (Kenny, 1972). La femme

enceinte va donc ressentir un accroissement de la quantité de sang dans ces régions et il peut en résulter un accroissement de la sensibilité et souvent de l'inconfort (Shrock, 1985).

Lorsque la grossesse est avancée, lors de l'orgasme, un écoulement de lait a été rapporté assez souvent et serait vécu par le couple comme surprenant (Shrock, 1985). Dans un couple où la stimulation de la poitrine est un aspect important de la sexualité, des changements au niveau de l'activité sexuelle vont s'imposer et le couple peut alors prendre plusieurs avenues afin d'explorer d'autre façon de se stimuler.

Lors du troisième trimestre, la grande majorité des études s'entendent pour dire qu'il y a une réduction plus accrue de l'activité sexuelle (Shrock, 1985; White & Reamy, 1982; Pacey, 2004; Fisher & Gray, 1988, Bitzer & Alder, 2000; Trutnovsky & al., 2006). En effet, on rapporte principalement les plaintes suivantes comme faisant partie des causes de ce déclin : le gain de poids, la difficulté avec les positions sexuelles usuelles, la fatigue, le besoin d'uriner souvent, l'inconfort de la poitrine, les maux de dos, les hémorroïdes, le souffle court, etc. (Shrock, 1985).

Du côté de l'homme, il n'y a pas de changement physique, excepté lorsque ce dernier s'identifie à la grossesse et prend du poids en même temps que sa conjointe. Un phénomène appelé « couvade » semble faire le pont entre le fossé des genres pour certains hommes (Pacey, 2004). Étant considérée comme l'expression d'un rite de

passage dans la paternité, la couvée est la somme des changements subis par certains futurs papas (Pacey, 2004). D'ailleurs, il arrive que l'identification à la femme enceinte soit si grande que le futur père vit les mêmes symptômes physiques. Les symptômes peuvent être une diminution de l'appétit, un mal de dents, des indigestions, des maux de cœur, une prise de poids, des diarrhées, une dépression, de l'insomnie ou encore des maux de tête (Sherr, 1995). Ceci peut être vu comme étant le résultat des sentiments partagés de l'homme à l'égard du bébé ainsi que des sentiments d'envie envers la mère (Raphael-Leff, 2001).

Ces chamboulements physiques perturbant la vie du couple pendant la grossesse sont un des aspects contribuant à un concept appelé « transition à la parentalité ». Cette transition, jointe au changement de rôle des futurs parents, seront d'ailleurs explorés dans la section suivante.

#### 1.2.1.5 *Transition à la parentalité et changement de rôle*

Certains chercheurs vont parler de crise lorsqu'ils abordent la transition à la parentalité (LeMasters, 1957; Dyer, 1963) pendant que d'autres parleront simplement d'événement normal de la vie, abordant principalement l'aspect de gratification de devenir parent. LeMasters (1957) a bien explicité la notion de crise dans son étude rétrospective, où il a vu en entrevue non structurée des parents ayant eu leur premier enfant dans les cinq années précédentes. Les scores au niveau de l'aspect de « crise » ont été obtenus par l'accord entre l'examineur, ainsi que le couple et basés sur une échelle

à 5 niveaux : (1) pas de crise, (2) crise légère, (3) crise modérée, (4) vaste crise et (5) crise sévère. LeMasters a trouvé que 83 % des parents participants vivaient une crise vaste ou sévère dans l'ajustement au fait d'avoir un premier enfant. Sa conclusion écarte aussi l'hypothèse que le fait d'avoir un enfant non désiré jouait sur ces données. Ce modèle de crise a été autant observé chez des parents considérant avoir un mariage heureux ou malheureux.

Par contre, le consensus actuel entre les chercheurs semble définir la parentalité comme nécessitant un ajustement, comme toute transition, sans aller jusqu'à parler de crise (Salmela-Aro, Aunola, Saisto, Halmesmaki & Nurmi, 2006; Bitzer & Alder, 2000). De plus, comme ils deviennent parents, les conjoints peuvent éprouver un déclin d'interaction positive avec leur partenaire, davantage de conflits conjugaux et un déclin de la satisfaction relationnelle (Belsky & Kelly, 1994; Belsky, Spanier & Rovine, 1983). Le couple peut, en effet, ultimement trouver cette transition difficile parce que l'arrivée d'un premier bébé change la dyade du couple en triade, ce qui requiert donc la création de nouveaux rôles (Easterbrooks, 1988; LeMasters, 1957; Bitzer & Alder, 2000).

Durant la transition, selon Gottman (1991), Shumacher & Meleis (1994), l'individu et le couple expérimentent un déclin de la synchronie, davantage de conflits, d'incohérences, d'incertitudes, de sentiments de perte et de bouleversements du fonctionnement cognitif et émotionnel quotidien. Les sentiments positifs peuvent être contaminés par l'ambivalence et la peur ressentie à l'idée de devenir parent. Le futur

papa et la future maman peuvent tous les deux expérimenter des émotions négatives, qui sont influencées par leur propre stade de développement. Lorsqu'ils ne sont qu'un couple, ils expérimentent un rôle de conjoint et conjointe. Par contre, lorsqu'un enfant est en route, ils font face à la transition développementale que requiert le fait de passer de conjoint à père et de conjointe à mère.

Enfin, la transition de femme à mère, comme dans toute transition d'ailleurs, présente un sentiment de perte (par exemple, de perte de liberté, comme mentionnée plus haut), bien que l'excitation d'entrée dans une autre phase de l'expérience de la vie se fasse ressentir (Shrock, 1985). Cette transition qu'est la grossesse permet qu'une relation différente avec sa mère soit établie, comme avec son partenaire (Raphael-Left, 2001) et c'est là que les souvenirs de sa propre enfance peuvent refaire surface et qu'elle peut traduire cela par un grand besoin de réassurance (Shrock, 1985). En effet, il semblerait qu'autant les changements physiques que psychologiques entraînent un grand besoin d'attention, de réassurance et une démonstration d'intérêt et d'implication de la part des amis et de la famille (Shrock, 1985).

Plusieurs études ont examiné des symptômes dépressifs chez les femmes durant la transition à la parentalité, par contre, leurs résultats sont contradictoires. Certains auteurs indiquent que la naissance d'un enfant augmente la détresse chez les femmes (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper & al., 1992), pendant que d'autres indiquent un déclin d'émotions dépressives (Hackel & Ruble, 1992). Toutefois, un facteur majeur

semble contribuer ou maintenir des symptômes dépressifs individuels, il s'agit de la façon dont ce type de symptômes est reflété dans le modèle d'interaction des conjoints (Salmela-Aro & al., 2006). Par exemple, une personne qui vit avec un conjoint dépressif rapporterait plus souvent se sentir d'humeur dépressive qu'une personne vivant avec un conjoint non dépressif (Benezon & Coyne, 2000). De plus, il semblerait que le style passif d'adaptation soit un prédicteur de dépression dans le troisième trimestre (Bitzer & Alder, 2000).

Enfin, cette période de transition affectera aussi la satisfaction relationnelle et sexuelle du couple. C'est ce que la section qui suit tentera de mettre en lumière.

#### 1.2.1.6 *Satisfaction relationnelle et sexuelle*

Dans la documentation scientifique, au moment de la grossesse, selon qu'il soit question du père, ou de la mère, la satisfaction sexuelle serait en baisse modérée dans le couple (Judicibus & McCabe, 2002; Solberg & al., 1973; Bitzer & Alder, 2000; Trutnovski & al., 2006). De plus, comme nous l'avons vu précédemment, au troisième trimestre, il y aurait une diminution, du désir sexuel, de la fréquence des rapports sexuels et cela affecterait négativement la satisfaction sexuelle (Judicibus & McCabe, 2002; Solberg & al., 1973; Bitzer & Alder, 2000). En ce qui concerne cette diminution, selon De Judicibus et McCabe (2002), la dépression en serait la cause majeure.

D'autres aspects entrent aussi en compte. Effectivement, les personnes érotophiles seraient plus intéressées à la sexualité, s'engageraient davantage dans des activités sexuelles et elles tendraient à rapporter une plus grande satisfaction sexuelle que les personnes érotophobiques (Fisher & Gray, 1988). Les femmes érotophiles rapporteraient aussi être plus ouvertes aux expérimentations sexuelles et que cela les aiderait à s'ajuster sexuellement pendant la grossesse (Fisher & Gray, 1988).

Toutefois, il semblerait que la satisfaction relationnelle, elle, augmente considérablement de la préconception à la grossesse chez certains couples (Judicibus & McCabe, 2002). Pour ces couples, l'anticipation de la naissance de leur premier enfant est une période heureuse durant laquelle le rapprochement émotionnel est de mise pendant que se fait la préparation de la relation et de la maison à l'arrivée du bébé (De Judicibus & McCabe, 2002). De plus, les femmes qui seraient les plus satisfaites de leur relation conjugale afficheraient une plus grande satisfaction sexuelle (Judicibus & McCabe, 2002). Il s'avère en fait que les femmes à plus haute satisfaction relationnelle seraient plus positives vis-à-vis leur futur rôle de mère et auraient de plus bas taux de fatigue et de symptômes dépressifs. En d'autres mots, leur situation serait propice à une satisfaction élevée au niveau de la sexualité, en raison d'un faible nombre de facteurs désagréables pouvant affecter la qualité de cette satisfaction.

Pour certains couples, la conception de vouloir un enfant peut aviver leurs sentiments de proximité et d'intimité et augmenter la tendresse durant les relations



sexuelles (Raphael-Leff, 2001). Faire l'amour pendant la grossesse peut alors prendre un nouveau souffle avec l'arrêt des mesures contraceptives (Westheimer & Grunebaum, 1999). La perception de l'importance de la tendresse se verrait aussi augmenter de la préconception au début de la grossesse (Trutnovski & al., 2006). D'ailleurs, autant l'homme que la femme rapporteraient une augmentation des câlins et leurs besoins de proximité prendraient diverses formes (Shrock, 1985; White & Reamy, 1982).

Par contre, au niveau de la relation du couple lors d'une grossesse non planifiée, on observe plutôt une hausse de l'insatisfaction en regard de la relation, autant pour l'homme que la femme (Cox, Paley, Burchinal & Payne, 1999, cité dans Pacey, 2004). En fait, même lorsque le bébé est désiré et que la relation des parents est heureuse, une ambivalence « normale » à propos du fait d'avoir un enfant peut être présente et les parents peuvent être inconfortables avec ce genre de sentiments (Raphael-Leff, 2001). Toutefois, dans une relation peu heureuse, un premier bébé peut symboliser l'espoir d'un ou des deux parents. Ils pourraient alors accorder à l'enfant des rôles comme « sauveur de la relation » et « nouveau départ » et le considérer comme le « réparateur » ou « la preuve d'amour » (Raphael-Leff, 2001). En fait, cet espoir ne se concrétise jamais et les difficultés conjugales qui ont émergées, avant ou pendant la grossesse, ne sont pas résolues après la naissance du bébé. (Cowan, 1996).

Pendant la grossesse, la satisfaction relationnelle dépendrait de la relation conjugale et des conjoints individuellement (Salmela-Aro, Aunola, Saisto, Halmesmaki

& Nurmi, 2006). Une étude de Salmela-Aro et al. (2006) a démontré que moins les conjoints étaient satisfaits de leur relation au début de la grossesse, plus ils devenaient satisfaits au fil de la grossesse. Une explication possible à cela est que les couples ayant des problèmes dans leur relation peuvent bénéficier du fait d'avoir un projet commun, comme d'avoir un enfant. La grossesse pourrait donc apporter un objectif commun, créer des activités autour de la transition, ainsi que des éléments pour concrétiser « l'identité du couple » (Cowan & Cowan, 2000). D'un autre côté, dans la même étude, il a été observé qu'un haut niveau de satisfaction conjugale tôt dans la grossesse était associé avec un déclin durant la grossesse (Salmela-Aro & al., 2006). En effet, les couples heureux focaliseraient davantage sur le temps et l'attention portés à chacun et, avec la grossesse, ils auraient porté beaucoup plus leur attention sur la grossesse et sur l'enfant, ce qui aurait diminué le niveau de considération pour chacun et amené un déclin de la satisfaction relationnelle (Salmela-Aro & al., 2006).

Chez le futur papa, les changements au niveau de l'image du corps de sa conjointe peuvent créer une certaine ambivalence. Certains éprouvent une plus profonde stimulation et sensualité par rapport au corps de leur conjointe enceinte (Bing & Colman, 1977, Bittman & Zalk, 1980). D'autres, qui ne se sentent pas nécessairement prêts à être pères, peuvent transférer leur peur sur le corps engrossé de leur partenaire, et garder leur distance (Shrock, 1985). La réponse de l'homme face au corps de sa conjointe et ses sentiments ambivalents peuvent être confus pour elle, même si la communication est ouverte sur les émotions, les peurs et les inquiétudes (Shrock, 1985;

White & Reamy, 1982). Ceci peut en effet devenir source d'insatisfaction dans la relation. À cet égard, plusieurs hommes rapportent avoir eu des relations sexuelles extraconjugales durant la grossesse (Masters & Johnson, 1966). De plus, pour plusieurs hommes, la grossesse est l'affirmation de leur habileté sexuelle (Shrock, 1985). Toutefois, lorsque l'expression sexuelle se limite au coït, avec une expérimentation limitée de différentes formes d'expressions sexuelles, l'homme doit identifier un nouveau sens au plaisir mutuel et à sa sexualité avec sa partenaire (Bing & Colman, 1977).

En somme, ce qui ressort de façon majeure des études présentées ici est que la satisfaction sexuelle, surtout autour du 3<sup>e</sup> trimestre, se voit diminuée, souvent à cause de la fatigue, des peurs à l'idée de blesser le bébé et des inconforts divers vécus par la femme enceinte. De plus, notons que la fréquence des relations sexuelles et le désir sexuel diminuent aussi au fil des trimestres, ceci pouvant être dû à l'augmentation des peurs diverses par rapport au bébé, au fait qu'il est de plus en plus réel, à la diminution du plaisir lors des relations sexuelles et à la diminution, chez la femme, de l'importance des relations sexuelles et de la sexualité en général. Enfin, ceci est vrai surtout pour le troisième trimestre, où l'inconfort est à son comble, la libido est donc faible, le désir diminue et on note que l'anxiété et les peurs diverses sont élevées. Toutefois, lorsque l'enfant est désiré, la satisfaction relationnelle, elle, semblait s'accroître et la tendresse prendrait alors plus d'importance. Si nous comparons les études sur le sujet, nous pourrions dire que la possibilité d'intimité élevée et de tendresse (qui favorise une bonne

satisfaction relationnelle et sexuelle) pourrait être altérée par les inconforts physiques et les peurs liées au bébé qui sont de plus en plus présents au fur et à mesure que l'on approche de l'accouchement. Donc, nous pouvons affirmer que la satisfaction relationnelle et sexuelle est affectée par les changements physiques chez la femme (comme les inconforts physiques, le syndrome de couvade chez le père...), la baisse de désir et les changements psychologiques (comme les peurs liées au bébé ou à l'accouchement, la relation à l'enfant à naître, la conception de la sexualité...). Enfin, dans la section qui suit, toujours sous l'angle de la grossesse, un lien sera fait entre la sexualité et la communication, permettant de se rapprocher de la question initiale de l'essai.

### 1.2.2 Sexualité et communication

La communication est l'un des piliers du couple, si ce n'est l'une des bases essentielles d'une relation durable. Pour beaucoup de couples, les problèmes relationnels viennent de cette difficulté à communiquer de concert. Dans cette section, l'impact du manque de communication sur le couple pendant la grossesse sera exploré, ainsi que les aspects facilitant la communication et l'impact de la communication sur la satisfaction relationnelle et sexuelle. Une observation de certaines interventions sera enfin effectuée et analysée selon son efficacité.

### 1.2.2.1 *Manque d'informations et impact sur le couple*

Selon l'étude de Shrock (1985), la plupart des couples manquent de stratégies de communication efficaces pendant la grossesse et tendent à éprouver de la difficulté à identifier les besoins sexuels de leur partenaire. Ils auraient un répertoire sexuel limité, ainsi que des ressources limitées. En effet, plusieurs hommes participant à l'étude de Shrock (1985) ont rapporté être résignés à l'état de « statu quo » de leur vie sexuelle. De plus, les obstétriciens ne seraient pas une bonne source d'informations au niveau de la sexualité, sauf pour recommander l'abstinence pour des raisons médicales (Shrock, 1985).

Les informations au niveau de la sexualité seraient principalement obtenues dans les livres (Shrock, 1985) et sur Internet, considérant les nombreux sites qui s'y intéressent ([www.bebepassion.com](http://www.bebepassion.com), [www.santepratique.fr](http://www.santepratique.fr), [www.gyneweb.fr](http://www.gyneweb.fr), etc.). En effet, l'histoire sexuelle du couple n'est pas un thème normalement abordé par les obstétriciens pendant la grossesse (Bitzer & Alder, 2000). Si le couple n'apporte pas lui-même des questions sur le sujet ou ne présente pas ouvertement ses problèmes sexuels, les obstétriciens n'aborderont pas d'eux-mêmes le comportement sexuel et les dysfonctions possibles pendant la grossesse (Bitzer & Alder, 2000). En fait, il semble d'ailleurs que cette tendance soit conforme avec la pratique des médecins en général, qui considère que la sexualité est une sphère intime dans laquelle le médecin ne doit pas interférer à moins d'être spécifiquement autorisé par le patient (Bitzer & Alder, 2000). Par contre, considérant l'impact de la grossesse sur la sexualité, il semble justifié et

avisé d'offrir l'opportunité au couple de parler de sa sexualité durant le suivi de la grossesse (Bitzer & Alder, 2000). D'ailleurs, le couple attendant un enfant aurait un besoin de réassurance verbale et d'être réassuré sur ces peurs (Shrock, 1985).

Les besoins du couple en matière de communication se font donc sentir pendant la grossesse. La section suivante tentera d'ailleurs de faire la lumière sur l'impact de la communication sur la satisfaction conjugale (relationnelle et sexuelle) du couple.

#### *1.2.2.2 Incidence de la communication sur la satisfaction relationnelle et sexuelle*

La communication est essentielle et des conflits peuvent se créer lorsque les deux partenaires (ou l'un des deux) sentent que l'autre ne respecte pas sa part de l'engagement régissant leur union (Shrock, 1985). De plus, la compréhension de ce qui se passe psychologiquement pour le couple lorsque celui-ci traverse une phase de transition, comme la grossesse, va les aider à s'ajuster en regard de la sexualité plus facilement (Shrock, 1985). Ils pourront ainsi être rassurés et normaliser leurs problèmes en regard de ceux de la plupart des couples dans la même situation. Cette compréhension va aussi les encourager à discuter de leur vision de l'intimité, en ayant probablement moins peur de blesser l'autre (Shrock, 1985). Certains auteurs suggèrent aussi que lorsque les partenaires sont attentifs l'un à l'autre et s'adaptent au changement dans leur relation au fil du temps, ils sont moins susceptibles d'expérimenter une crise à la naissance d'un enfant (Harriman, 1986; White & Booth, 1985). De plus, la compréhension accrue de

l'autre procure au couple de l'information qui peut faciliter l'adaptation, ou une conduite relationnelle améliorée (par exemple lorsque le couple trouve un style de communication efficace) (Hurley, 2008).

Il y aurait aussi des tendances rendant la communication plus facile. Comme défini plus haut, l'érotophilie est une tendance à voir positivement la sexualité et cela faciliterait les ajustements nécessaires lors de période de transitions (Fisher & Gray, 1988). En effet, pendant la grossesse, cette tendance amènerait la personne à chercher de l'information par rapport à la sexualité, à communiquer sur le thème de la sexualité avec son partenaire, à expérimenter de nouvelles positions ou de nouveaux comportements pour s'adapter aux changements corporels de la grossesse (Fisher & Gray, 1988).

Selon Gottman & Krokoff (1989), au niveau de la communication, un faible niveau de signaux attentionnels et la présence d'expressions émotionnelles négatives (par exemple un manque de signaux d'écoute) sont associés avec l'augmentation d'affects négatifs durant un conflit et avec une faible satisfaction conjugale. En effet, plusieurs recherches ont montré que la communication du couple est significativement reliée à la satisfaction conjugale (Carrere & Gottman, 1999 ; Gottman & Krokoff, 1989). Plus précisément, les chercheurs suggèrent que les couples malheureux semblent souffrir d'un déficit de stratégies, qui inhibe leurs habiletés à communiquer efficacement et que ce déficit contribue significativement à l'insatisfaction conjugale. Leurs résultats démontrent que le manque de stratégies nécessaires pour réguler l'expression

émotionnelle et communiquer adéquatement amène le couple à être défensif et à fuir la situation conflictuelle. De plus, ces comportements, à leur tour, prédisent plus tard l'insatisfaction conjugale et la séparation.

Il semble maintenant clair que le manque de communication et/ou la communication inefficace affecte(nt) négativement le couple. Dans la section suivante, les interventions favorisant la communication seront donc présentées et un regard sera plus particulièrement porté sur leurs effets sur la satisfaction relationnelle.

#### *1.2.2.3 Interventions favorisant la communication et effets sur la satisfaction relationnelle*

Lorsque les membres d'un couple deviennent parents, plusieurs de leurs modèles de communication et de leurs perceptions à propos de leur couple (ou union) et de leur partenaire perdent de leur souplesse (Carrere, Buehlam & Gottman, 2000). Au niveau de l'intervention chez les couples pendant la grossesse, une étude rapporte que leur programme de communication a démontré des résultats positifs chez des couples, au milieu de la grossesse, au niveau de leur relation et des traits d'anxiété après la naissance (Midmer, Wilson & Cummings, 1995). De plus, une intervention portant sur la clarification des attentes de soutien dans le couple indique que la satisfaction relationnelle deviendrait plus positive, ainsi que les émotions et les attitudes parentales (Coffman, Levitt & Brown, 1994).



Dans une étude de Vande Vusse, Hanson, Ferhring, Newman et Fox (2003), sur la vision du couple de la planification d'une famille, on indique que le fait de discuter des relations sexuelles, de la fertilité et de leur vision d'élever un enfant, les a aidés à s'ouvrir sur une variété de sujets, à être plus proches, les rendre plus confortables de communiquer à ce niveau. Le fait de communiquer davantage amènerait le couple à travailler ensemble dans la planification de la conception, ou même à l'évitement de celle-ci par la contraception, par exemple. Communiquer les aiderait aussi à se partager la responsabilité de concevoir, ou non un enfant. Plus le couple apprendrait à se connaître et se comprendre, plus il bénéficierait d'une augmentation de leur niveau de respect et de fierté envers l'autre. Les conjoints rapporteraient aussi se sentir plus respectés et vivraient moins la sexualité comme utilitaire.

Bitzer et Alder (2000), abordent deux approches de consultations ou de thérapies pendant la grossesse. L'une est l'approche psychoéducationnelle générale et la seconde est l'approche individuelle centrée sur le problème. Dans la première, l'objectif est d'informer les femmes enceintes et leurs partenaires à propos des changements physiques et psychosociaux que peuvent amener la grossesse et la naissance, afin de les aider à devenir attentifs aux problèmes typiques de cette période et aux options d'aide qui peuvent leur être offertes (par exemple une thérapie individuelle ou de couple). Ce type d'interventions permettrait de réduire l'anxiété et l'insécurité en prenant les expériences individuelles du couple et en les élargissant à une perspective générale. Dans la deuxième approche, le but est de clarifier le problème (par exemple le déclin de

l'activité sexuelle en général), d'ensuite établir le diagnostic de celui-ci, définir les facteurs qui y contribuent, pour ensuite travailler à trouver des solutions à ce problème. Lors de l'étape visant à élaborer des options de solutions, il semble que souvent des petits changements peuvent avoir lieu. En effet, le couple peut alors décider de prendre du temps pour parler de leur expérience de la grossesse, de leurs attentes, de leurs craintes, planifier une consultation pour poser toutes les questions qui les tracassent, faire une liste de problèmes et négocier les priorités, devenir attentif aux émotions et apprendre comment bien communiquer sur les conceptions et visions de chaque partenaire, apprendre à être flexible au niveau des comportements sexuels et simplement donner et recevoir de l'amour et de l'attention durant de moment. Cette étape serait donc importante dans le chemin visant à trouver des solutions aux problèmes répertoriés durant la grossesse.

Dans une étude de Mattson Bryan en 2002, on a voulu évaluer une intervention, sous forme de programme (dont le titre est « Growing as a couple and family ») de trois sessions, portant sur des aspects d'identité, de rôles et d'interactions relationnelles chez des couples pendant la grossesse et après la naissance. Cette étude comporte, entre autres, une étape de remodelage de la relation interpersonnelle, soit de la communication du couple. Cette étape est basée sur certains éléments théoriques soutenant l'intervention. Les auteurs se basent entre autres sur la vision de la communication comme étant un bon moyen pour adapter la relation interpersonnelle et pour retravailler la cohésion et les rôles à travers l'écoute et l'auto-évaluation de stratégies qui procure

clarté et respect (Gottman, 1999). Les stratégies personnelles et les modèles de communication grandissent et s'adaptent pour devenir plus complexes chez des futurs parents. Ils ont d'ailleurs à gérer des émotions et humeurs complexes, de nouvelles résolutions de conflits et un besoin de soutien mutuel afin d'intégrer les nouvelles relations de chacun avec l'enfant à naître (Mattson Bryan, 2002). Les stratégies de communication sont alors basées sur le respect mutuel, l'écoute, l'expression libre et affirmative, la gestion de la colère, la résolution mutuelle de problème, et, selon Mattson Bryan (2002), elles forment la base pour le développement et l'épanouissement du couple. Effectivement, la résolution positive de problèmes et les stratégies de résolution de conflits sont reliées à une meilleure satisfaction relationnelle à travers cette transition à la parentalité (Cox & Paley, 1999). Aussi, ce type de stratégies de communication aide les couples à manœuvrer à travers les réorganisations relationnelles constantes qui comportent des éléments comme : les rôles, les responsabilités, la gestion du temps, la sexualité, les relations d'amitié, les besoins individuels et les besoins de l'enfant, dont ils doivent tenir compte (Mattson Bryan, 2002). Ensuite, de ces éléments théoriques découle l'intervention lors de cette étude visant à aider les couples à avoir une meilleure satisfaction conjugale et familiale.

L'intervention a eu lieu en trois sessions avec des futurs parents tard dans la grossesse. En effet, selon l'auteur, c'est à ce moment que les changements physiques et psychologiques sont à leurs paroxysmes et qu'une ouverture à de nouvelles idées, ou interventions peut être possible. Au niveau des résultats, il fut entre autres démontré

qu'une augmentation de la satisfaction relationnelle s'observe du prétraitement au post-traitement, mais qu'un retour à l'état d'avant le traitement a été constaté après la naissance. Comme l'intervention s'est faite sous forme de programme présentant des cours éducatifs sur une courte période de temps, les résultats ont été moins concluants que prévu. Toutefois, l'auteur pense que, sur une période de temps beaucoup plus longue et sous une autre forme (par exemple, sous forme de thérapie de couple), la satisfaction relationnelle pourrait être améliorée de façon plus significative. Il propose d'ailleurs que le mode d'intervention soit modifié ultérieurement afin de rejoindre davantage de couples et d'être mieux adapté aux différences individuelles, aux besoins spécifiques, etc. Enfin, cette étude soutient l'idée que la transition à la parentalité procure une opportunité pour le couple de grandir, mais qu'elle présente aussi un risque de déclin de la qualité de leur relation.

En somme, la communication, lorsqu'elle fait défaut, a un impact négatif sur la satisfaction conjugale. En effet, les couples présenteraient des difficultés à communiquer pendant la grossesse, afin d'identifier les besoins sexuels de leur partenaire, d'avoir un répertoire sexuel adapté, ainsi que des ressources. Toutefois, le fait d'avoir une vision positive de la sexualité faciliterait l'adaptation et la communication du couple pendant cette transition qu'est la grossesse. De plus, les interventions visant à favoriser la communication dans le couple au moment de la grossesse démontre un effet positif sur la satisfaction conjugale. Évidemment, il semble clair que la communication n'est pas le seul déterminant de la satisfaction relationnelle dans le couple et que la relation entre la

communication et les ajustements conjugaux peut être affectée par d'autres facteurs faisant partie du contexte conjugal (Litzinger & Gordon, 2005). Toutefois, l'aspect de communication semble indéniablement lié au bonheur conjugal et pourrait donc être une assise importante pour appuyer les interventions des médecins, gynécologues, psychologues, sages-femmes, qui peuvent rencontrer les couples pendant la grossesse.

## 2. Conclusion

Le but de cet essai était de mieux comprendre l'expérience sexuelle du couple lorsque survient une grossesse. En effet, la question principale de l'essai était de savoir si favoriser la communication du couple sur leur sexualité, pendant la période de la grossesse, peut favoriser la satisfaction relationnelle de ce dernier et, par le fait même, la satisfaction sexuelle. Pour ce faire, une recension des connaissances actuelles a été réalisée portant premièrement sur les changements physiques et psychologiques au niveau de la sexualité dans le couple pendant la grossesse et, deuxièmement, visant à mettre en évidence le rôle spécifique que joue la communication entre les conjoints face à leur vécu relationnel et sexuel lors de cette période.

Dans un premier temps, nous avons montré qu'en effet la satisfaction sexuelle est nécessaire à la satisfaction relationnelle d'un couple. En tenant compte de la période de la grossesse, nous avons aussi démontré que le couple vivait de grands changements au niveau de sa sexualité nécessitant une adaptation notable de la part du couple. En effet, la satisfaction conjugale et sexuelle se voit généralement diminuées lors de la grossesse en raison de plusieurs facteurs comme l'anxiété, les conflits, la baisse de la fréquence des relations sexuelle et du désir, les inconforts physiques, les peurs liées à la sexualité pendant la grossesse, la transition à la parentalité, etc. Plusieurs études rapportent aussi le besoin des couples d'obtenir de l'information au niveau de la sexualité pendant la grossesse et qu'il était difficile pour eux d'avoir un endroit pour parler de leurs préoccupations et problématiques sexuelles. De plus, plusieurs recherches ont montré que la communication du couple est significativement reliée à la satisfaction conjugale.

La communication est effectivement liée au bonheur conjugal, bien qu'elle ne soit pas le seul facteur influençant la satisfaction relationnelle dans le couple. Il serait donc intéressant d'asseoir sur cette constatation une série d'interventions, ou encore un programme, pouvant bénéficier aux couples vivant des difficultés relationnelles et sexuelles pendant la grossesse.

En somme, considérant un accroissement des connaissances au niveau des changements physiques et psychologiques normaux en lien avec la grossesse et l'apprentissage de stratégies de communication pour exprimer leurs besoins, leurs désirs et insatisfactions, le couple pourrait effectivement plus efficacement résoudre les conflits et gérer les problèmes qu'il peut rencontrer. En effet, les futurs parents, comprenant mieux ce qui leur arrive et ce que vit chacun d'eux, pourraient être davantage satisfaits de leur relation et de leur sexualité. Cet essai a aussi mis en lumière un facteur important, c'est-à-dire que les couples possèdent peu de ressources professionnelles par rapport à leur sexualité pendant la grossesse et que les personnes qui sont le plus aptes à servir ce besoin le font rarement.

## 2.1 Difficultés méthodologiques des études recensées

Dans les études répertoriées dans cet essai, plusieurs difficultés méthodologiques ont été identifiées et nous en faisons ici la liste.



Premièrement, certaines études sont basées sur un échantillon non aléatoire (Shibley & al., 1996) et de petite taille (Shibley & al., 1996; Trutnovsky, 2006). Ensuite, dans certaines études, les partenaires masculins n'ont pas été consultés directement, mais bien par l'entremise des perceptions des conjointes (Bartellas & al., 2000; Trutnovsky, 2006; Judicibus & McCabe, 2002). Enfin, parfois, les comparaisons entre les trimestres ont été faites entre les différentes femmes et non pour la même femme à travers le temps (Bartellas & al., 2000). De plus, au niveau des inconforts physiques lors de l'activité sexuelle, comme le dossier médical n'a pas été pris en considération, il est difficile de généraliser à grande échelle ces résultats, car certaines participantes pourraient avoir des troubles médicaux ou des restrictions de la part de leur médecin. Aussi, dans certaines études, les données de la préconception et de la grossesse étaient récoltées au même moment, soit de manière rétrospective pendant la grossesse (Judicibus & McCabe, 2002).

Dans l'étude de Shrock (1985), il a été difficile d'obtenir un échantillon représentatif de la population et ainsi d'inclure différents groupes ethniques, donc la généralisation des résultats à la population générale est quelque peu limitée. Un autre problème répertorié dans cette étude est la petite taille de l'échantillon de population, ce qui n'a pas permis la subdivision des participants en sous-groupes selon le trimestre. L'utilisation de la participation volontaire et les critères stricts de sélection sont une autre limitation de l'étude. Enfin, la généralisation est limitée en raison de l'éducation

plus élevée que la moyenne chez les participants et du fait qu'ils appartaient principalement à la classe moyenne.

De plus, dans certaines recherches, il n'y avait pas de groupe contrôle pour comparer avec les groupes attendant un enfant (Salmela-Aro & al., 2006). Plusieurs études étaient basées sur des données autorapportées, ce qui peut biaiser la signification et la généralisation des résultats (Salmela-Aro & al., 2006). En effet, la désirabilité sociale a pu influencer les participants, voulant rapporter des comportements sexuels adaptés et conformes, sans oublier la gêne qu'évoque le thème de la sexualité, ayant pu inciter les gens à garder des informations secrètes. Enfin, certaines études ont investigué des couples où la femme était déjà enceinte, nous ne connaissons donc pas le niveau de satisfaction relationnelle antérieur à la grossesse, sinon que par les dires des participants (Salmela-Aro & al., 2006).

Dans l'étude de Mattson Bryan (2002), l'intervention a été faite dans des classes, cet aspect a pu affecter la façon dont les participants ont répondu au traitement. En effet, un local prévu pour des thérapies de groupe, par exemple, aurait pu favoriser un climat sécurisant. Dans certains cas, la classe a pu renforcer la relation du couple et, dans d'autres, cela a pu apporter un stress. Chez certains, les cours ont pu accroître leurs interactions positives et de soutiens, pendant que chez d'autres, avec plus de difficultés relationnelles, ils ont pu aggraver leur relation se butant à un idéal dans le contenu ou leur observation des autres couples. L'approche pourrait être modifiée au niveau du

mode d'intervention afin de rejoindre davantage de couples et d'être mieux adaptée aux différences individuelles.

Dans les études utilisant des questionnaires, il est possible que les personnes à tendance érotophobe aient moins tendance à retourner leurs questionnaires que les personnes à tendance érotophile, car, lorsque cet élément est mesuré, la proportion d'érotophiles est supérieure (Fisher & Gray, 1988). En effet, pour les participants ayant une vision plus positive de la sexualité, il est probablement plus facile de répondre à des questions sur le sujet.

## 2.2 Limite de cet essai

Dans un premier temps, il est important de préciser que cet essai est essentiellement basé sur une recension de la documentation pertinente. Cela implique donc de nombreuses limites, les conclusions dépendant des données scientifiques disponibles. La question initiale soulevée par cet essai n'a pu être traitée en totalité en raison d'un nombre restreint d'études récentes et de l'ensemble des difficultés méthodologiques mentionnées précédemment.

Aussi, en raison du nombre restreint d'études récentes répondant aux critères d'inclusion initiaux, la recherche documentaire a dû être élargie afin de considérer les études portant sur la sexualité après la grossesse, celles considérant uniquement la femme enceinte, ainsi que celles réalisées il y a plusieurs décennies. Dans ce travail, il y

a donc malheureusement des études peu récentes, ce qui s'explique principalement par le fait que très peu d'études se sont intéressées au thème ici exploré, peut-être en raison de la popularité de l'approche médicale dans les études récentes et dans le système de santé. En d'autres mots, les questions plus profondes concernant le couple, sa satisfaction conjugale et sexuelle ont peut-être cédé le plancher aux questions sur le fœtus, son développement, l'alimentation saine de la mère, la présence ou non de danger lors des relations sexuelles et toute les questions médicales entourant la grossesse. De plus, lors des consultations médicales, le thème de la sexualité demeure tabou et est rarement abordé par les futurs parents (Chantal Fabre-Clergue, 2011), ce qui pourrait expliquer pourquoi peu d'auteurs ont soulevé de questionnements à ce niveau récemment. Il est aussi possible que dans les années 50 à 90 les chercheurs aient senti avoir démystifié le thème de la sexualité pendant la grossesse et qu'ils aient donc délaissé ce thème aujourd'hui. Aussi certaines études correspondant à nos critères d'inclusions offraient plusieurs difficultés méthodologiques affectant leur validité et ont donc dû être écartées. Pour toutes ses raisons, la validité et la portée des conclusions peuvent être limitées.

### 2.3 Perspectives futures

Comme un tour exhaustif de la question n'a pu être fait, des recherches futures seraient intéressantes. Nous pourrions d'ailleurs ultérieurement nous intéresser à reproduire une étude semblable à celle de Shrock (1985) de façon expérimentale au niveau du public québécois, afin d'évaluer le niveau de satisfaction relationnelle, de satisfaction sexuelle, de connaissances sur la sexualité chez des couples pendant la

grossesse. Ceci pourrait faire ressortir, de façon plus significative, les problématiques liées au couple québécois pendant la grossesse et ainsi pouvoir y adapter des interventions.

Dans un deuxième temps, il pourrait aussi s'avérer intéressant d'explorer des types d'interventions adaptées à ce type de clients consultant un psychologue en raison de difficultés conjugales et aller valider ces types d'interventions dans une recherche expérimentale auprès d'un échantillon. Ceci pourrait, entre autres, permettre au psychologue de se perfectionner au niveau de cette méthode d'intervention validée et, ainsi, aider les couples en psychothérapie. À cet égard, les médecins et obstétriciens pourraient aussi, grâce à une telle étude, référer davantage les couples à risque d'insatisfaction à des psychologues formés pour ce genre de problématiques précises et ne porteraient donc pas seuls le poids des suivis durant la grossesse.

Concernant les autres professionnels de la santé (infirmières, intervenantes sociales, etc.) recevant des couples pendant la grossesse, il serait judicieux d'explorer davantage ce qui est fait pour aider les couples à s'adapter à cette période de grands bouleversements. Une étude relevant la documentation spécifique sur le sujet pourrait être intéressante et permettre d'identifier les indications et limites du service qui leur est offert.

### *2.3.1 Clin d'œil aux professionnels qui suivent des couples pendant la grossesse*

Considérant l'émergence d'un facteur important (la communication) dans la satisfaction conjugale des futurs parents, cet essai veut sensibiliser les obstétriciens, les médecins, gynécologues, sages-femmes, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues ou tout autre professionnel qui rencontre les parents pendant la grossesse à considérer l'importance de prendre un certain temps pour donner de l'information concernant la grossesse et ces changements, la sexualité durant celle-ci, ainsi que favoriser la communication entre les futurs parents et offrir un soutien afin de répondre à leurs questionnements, craintes, etc. Nous voulons aussi féliciter ces mêmes professionnels qui prennent déjà ce temps et qui sont sensibles à la satisfaction relationnelle du couple pendant une période de grands changements comme l'est la grossesse.

## *Références*

- Adams, W. J. (1988). Sexuality and happiness ratings of husbands and wives in relation to first and second pregnancies. *Journal of Family Psychology*, 2 (1), 67-81.
- Alder, B. (1999). *Psychology of health: applications of psychology for health professionals*. Amsterdam: Routledge ,2e ed.
- Ammons, P. & Stinnett, N. (1980). The vital marriage: A closer look. *Family Relations*, 29(1), 37-42.
- Arcand, R & Bourbeau, N. (1998). La communication efficace: de l'intention aux moyens d'expression. Canada:De Boeck Supérieur.
- Avery, M.D. & Frantzich, C.R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45, 227 – 237.
- Bartellas, E., Crane, J.M.G., Daley, M., Bennett, K.A. & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 964-968.
- Belsky, J. & Kelley, J. (1994). *The transition to parenthood: How a first child changes a marriage. Why some couples grow closer and others apart*. New-York: Delacorte Press.
- Belsky, J., Spanier, G. & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 567-577.
- Benezon, N.R. & Coyne, J.C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71-79.
- Bing, E., & Colman, L. (1977). *Making Love during Pregnancy*. Toronto: Bantam Books.
- Bittman, S., & Zalk, S. R. (1980). *Expectant Fathers*. New-York: Ballantine.
- Bitzer, J. & Alder, J. (2000). Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25 (1), 49-58.
- Bogren, L. Y. (1991). Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 35-45.
- Byrd, J., Hyde, J. S., DeLamater, J. D., & Plant, E. A. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Family Practice*, 47 (4), 305-308.
- Calhoun, L. G., Selby, J. W., & King, H. E. (1981). The influence of pregnancy on sexuality: A review of current evidence. *Journal of Sex Research*, 17 (2), 139-151.
- Campbell, S. B. Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S. & al. (1992). Course and correlates of post-partum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4, 29-47.



- Carrere, S., Buehlam, K. T. & Gottman, J. M. (2000). Predicting marital stability and divorce in newly wed couples. *Journal of Family Psychology*, 14 (1), 42-58.
- Carrere, S. & Gottman, J. M. (1999). Predicting divorce among newlyweds from the first three minutes of a marital conflict discussion. *Family Process*, 38, 293-301.
- Chamberlain, G. & Morgan, M. (2002). *ABC of antenatal care 4<sup>th</sup> éd.* London: BMJ.
- Coffman, S., Levitt, M J. & Brown, L. (1994). Effects of clarification of support expectations in prenatal couples. *Nursing Research*, 43(2), 111-116.
- Coleman, A. & Coleman, L. (1971). *Pregnancy: The psychological experience*. New-York: Herder and Herder.
- Cowan, C.P. (1996). Becoming parents: what has to change for couples? Dans C. Clulow, (Ed.), *Partners becoming parents*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associations.
- Cox, M J. & Paley, B. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 61 (3), 611.
- Cox, M.J., Paley, B., Burchinal, M. & Payne, C.C. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 611- 625.
- De Judicibus, M. A., & McCabe, M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39 (2), 94-103.
- DeLamater, J. & Hyde, J. S. (2000). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. Dans C. B., Travis & J. W., White (Éds), *Sexuality, society, and feminism* (pp. 167-180). Washington: American Psychological Association.
- DeMontigny, F., Lacharité, C. (2004). Perceived parental efficacy: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49, (4), 387-396 .
- DeMontigny,, F., Lacharité, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartal period: What do we need to know. *JOGNN*. 33, (3), 328-340.
- DeMontigny, F., Lacharité, C. (2002). Les perceptions de parents primipares des moments critiques du premier 48-72 heures postnatal : Une analyse par la technique de l'incident critique. *Revue Québécoise de Psychologie*. 23 (3), 57-78.
- Diamond, D. (1992). Gender-specific transference reactions of male and female patients to the therapist's pregnancy. *Psychoanalytic Psychology*, 9 (3), 319-345.

- Domingues, M. (2009). *Cours- gynécologie- la grossesse*. Document consulté le 27 janvier 2011 de <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-gynecologie-la-grossesse.html>.
- Dyer, E. D. (1963). Parenthood as crisis: A re-study. *Journal of Family Living*, 25, 196-201.
- Easterbrooks, M.A. (1988). Effects of infant risk status on the transition to parenthood. Dans G.Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds), *The transition to parenthood: Current Theory and Research*. New-York: Cambridge University Press.
- Fabre-Clergue, C. (2011). Les rapports sexuels déclenchent-ils l'accouchement? Document consulté le 28 juin 2011 de <http://www.medecines-douces.com/sexualites-humaines/grossesse-rapports-sexuels.htm>
- Fisher, W. & Gray, J. (1988). Erotophobia-Erotophilia and Sexual Behavior During Pregnancy and Postpartum. *The Journal of Sex Research*, 25 (3), 379-396.
- Fugate Woods (1979). *Human sexuality in health and illness*. Toronto: St-Louis Mosby.
- Gianotten, W. L., Owens, A. F., & Tepper, M. S. (2007). Pregnancy and sexuality, *Sexual health Vol 2: Physical foundations*. (pp. 167-196). Westport: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Goldbach, K. R. C. (1991). *Mental health and marital satisfaction: The effect of pregnancy outcome*. Thèse de Doctorat inédite, Lehigh University.
- Gottman, J. M. (1991). Chaos and regulated change in families: A metaphor for the study of transitions. Dans P.A. Cowan & M. Hetherington (Eds), *Family transitions* (pp. 247-272). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gottman, J. M. (1999). *Seven principles of making marriage work*. New-York: Three Rivers.
- Gray, R. F. (1992). *Sexual satisfaction and childbirth: A treatment study*. Thèse de Doctorat inédite, The Florida State University.
- Hackel, L. & Ruble, D. (1992). Changes in the marital relationship after the first baby is born: Predicting the impact of the expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 944-957.
- Harriman, L.C. (1986). Marital adjustment as related to personal and marital changes accompanying parenthood. *Journal of Applied Family and Child Studies*, 35, 233-239.
- Heinowitz, J. R. (1978). Becoming a father for the first time: A phenomenological study. *Dissertation Abstracts International*, 38(8-B), 3883.
- Hobbs, K., Bramwell, R. & May, K. (1999). Sexuality, sexual behaviour and pregnancy. *Sexual and Relationship Therapy*, 14 (4), 371-383.

- Hurley, S. (2008) *Beliefs of value similarity between romantic couple members: Protective functions and compensatory responses to disconfirmed or suspended beliefs*. Thèse de Doctorat inédite, Université Mc Gill de Montréal.
- Hyde, J.S., DeLamater, J. D., Plant, E. A. & Byrd, J.M. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Sex Research*, 33, 143-151.
- Hyde, J.S., DeLamater, J. D., Plant, E. A. & Byrd, J.M. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Family Practice*, 47, 305-308.
- Julien, D. (1993). Le couple dans tous ces états. *Interface*, 14 (5), 14-24.
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New-York: Brunnes & Mazel.
- Kenny, J. A. (1972). Sexuality of pregnant and breastfeeding women. *Archives of Sexual Behavior*, 2(3), 215-229.
- Kent, G. G., Davis, J. D., & Shapiro, D. A. (1981). Effect of mutual acquaintance on the construction of conversation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 197-209.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W. B., Martin, C.E. & Bebbard, P.H. (1953). *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington, IN: Indiana U. Press.
- Lebowitz, S. C. (1974). *Marital pair pregnancy related problem solving and the wife's adjustment to her first pregnancy*, Thèse de Doctorat inédite, The George Washington University.
- Leiblum, S.R. (2002). Reconsidering gender differences in sexual desire: An update. *Sexual and Relationship Therapy*, 17 (1), 57-68.
- LeMasters, E. E. (1957). Parenthood as crisis. *Marriage and Family Living*, 19, 352-255.
- Lief, H. I. (1981). *Sexual problems in medical practice, Volume 611*. Chicago: American Medical Association.
- Lussier, Y., Sabourin, S. & Wright, J. (2008). Manuel clinique des psychothérapies de couples. Dans Bergeron, S., Benazon, N., Jodoin, M. & Brousseau, M. (Éds), *Sexualité et dysfonction sexuelle*. (p. 361). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Mattson Bryan, A. A. (2002). Couple relationship over the transition to parenthood: Methodological issues in testing for an intervention effect. *Journal of family nursing*, 8, 201-220.
- Masoni, S., Maio, A., Trimarchi, G., De Punzio, C. & Fioretti, P. (1994). The couvade syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15, 125- 131.

- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1966). *Human Sexual Response*. Toronto; New York: Bantam Books.
- Mekosh-Rosenbaum, V. & Lasker, J. N. (1995). Effects of pregnancy outcomes on marital satisfaction: a longitudinal study of birth and loss. *Infant Mental Health Journal*, 16 (2), 127-143.
- Metz, M. E. & Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict and sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 139-164.
- McCarthy, B. W. (2002). Sexuality, sexual dysfunction, and couple therapy. Dans Gurman, A. S. & Jacobson, N. S. (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- MacNeil, S. & Byers, E. S. (1997). The relationship between sexual problems, communication, and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 277-283.
- Midmer, D., Wilson, L. & Cummings, S. (1995). A randomized, controlled trial of the influence of prenatal parenting education on postpartum anxiety and marital adjustment. *Family Medicine*, 27(3), 200-205.
- Mongeau, P., & Tremblay, J. (2002). *Survivre: la dynamique de l'inconfort*. Sainte-Foy : Presse d'Université du Québec.
- Pacey, S. (2004). Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 223-246.
- Pastore, L., Owens, A., & Raymond, C. (2007). Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. Academic Hospital. *Journal of Sexual Medicine*, 4 (1), 115-123.
- Pasupathi, M., Carstensen, L. L., Levenson, R. W. & Gottman, J. M. (1999). Responsive listening in long-married couples : A psycholinguistic perspective. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23 (2), 173-193.
- Pelletier, J. (2006). Quelle est la place de la sexualité pendant la grossesse. *Femmes plus*, 16 (7), 42.
- Perkins, R. P. (1979). Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 134 (5), 498-505.
- Priel, B. & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18 (2), 240-253.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Pregnancy: the inside story*. Londre: Karnac Books.
- Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ: British Medical Journal*, 329 (7465), 559-561.

- Regan, P.C., Lyle, J.L., Otto, A.L. & Joshi, A. (2003). Pregnancy and changes in female sexual desire: A review. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 31 (6), 603-612.
- Renshaw, D.C. (1978). Sex and the senior citizen. *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals*, 10 (1), 56-61.
- Robert, P., Rey-Debove, J. & Rey, A. (2008). *Le nouveau Petit Robert 2008*. Document consulté le 1<sup>er</sup> avril 2008 de <http://pr2008.bvdep.com/>
- Salmela-Aro, K., Aunola, K., Saisto, T., Halmesmaki, E. & Nurmi, J-E. (2006) Couples share similar changes in depressive symptoms and marital satisfaction anticipating the birth of a child. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23 (5), 781-803.
- Senk, P. (2002). Pourquoi c'est si difficile de se parler? Document consulté le 29 juin 2001 de <http://www.psychologies.com/Moi/Moi-et-les-autres/Timidite/Articles-et-Dossiers>
- Sherr, L. (1995). *The psychology of pregnancy and childbirth*. London: Blackwell.
- Shrock, P. (1985). *The effects of pregnancy on marital relationship and sexual expression in married couples expecting their first baby*. Thèse de Doctorat inédite, Northwestern University.
- Shumacher, K.L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Document consulté le 10 septembre 2010 de <http://www.sexualityandu.ca/adultes/sexe-1-3.aspx>
- Solano, C. (2003). *Les causes des blocages sexuels*. Document consulté le 20 octobre 2010 de [www.tasante.com](http://www.tasante.com)
- Solberg, D.A., Butler, J. & Wagner, N.N. (1973). Sexual behaviour in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 288, 1098-1103.
- Teyssier D'Orfeuil, L. (n. d.) *Palo Alto*. Consulté le 1er octobre 2010 de <http://www.communicationorale.com/palo.htm>
- Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U. & Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46 (4), 282-287
- VandeVusse, L., Hanson, L., Fehring, R. J., Newman, J. & Fox, J. (2003). Couples' views of the effects of natural family planning on marital dynamics. *Journal of nursing scholarship*, 35 (2), 171-176.

- Westheimer, R. K. & Grunebaum (1999). *Dr. Ruth's Pregnancy Guide for Couples: Love, Sex and Medical Facts*. New-York: Routledge.
- White, L. K. & Booth, A. (1985). The transition to parenthood and marital quality. *Journal of Family Issue*, 6 (4), 435-449.
- White, S. E. & Reamy, K. (1982). Sexuality and pregnancy: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 11 (5), 429-444.
- Widmer, E., Kellerhals, J. & Levy, R. (2003). *Couples contemporains - Cohésion, régulation et conflits. Une enquête sociologique*. Zurich: Publications universitaires romandes.
- Wiley, V. L. (2002). *Changes in sexuality during pregnancy*. Thèse de doctorat inédite, California Institute of Integral Studies.